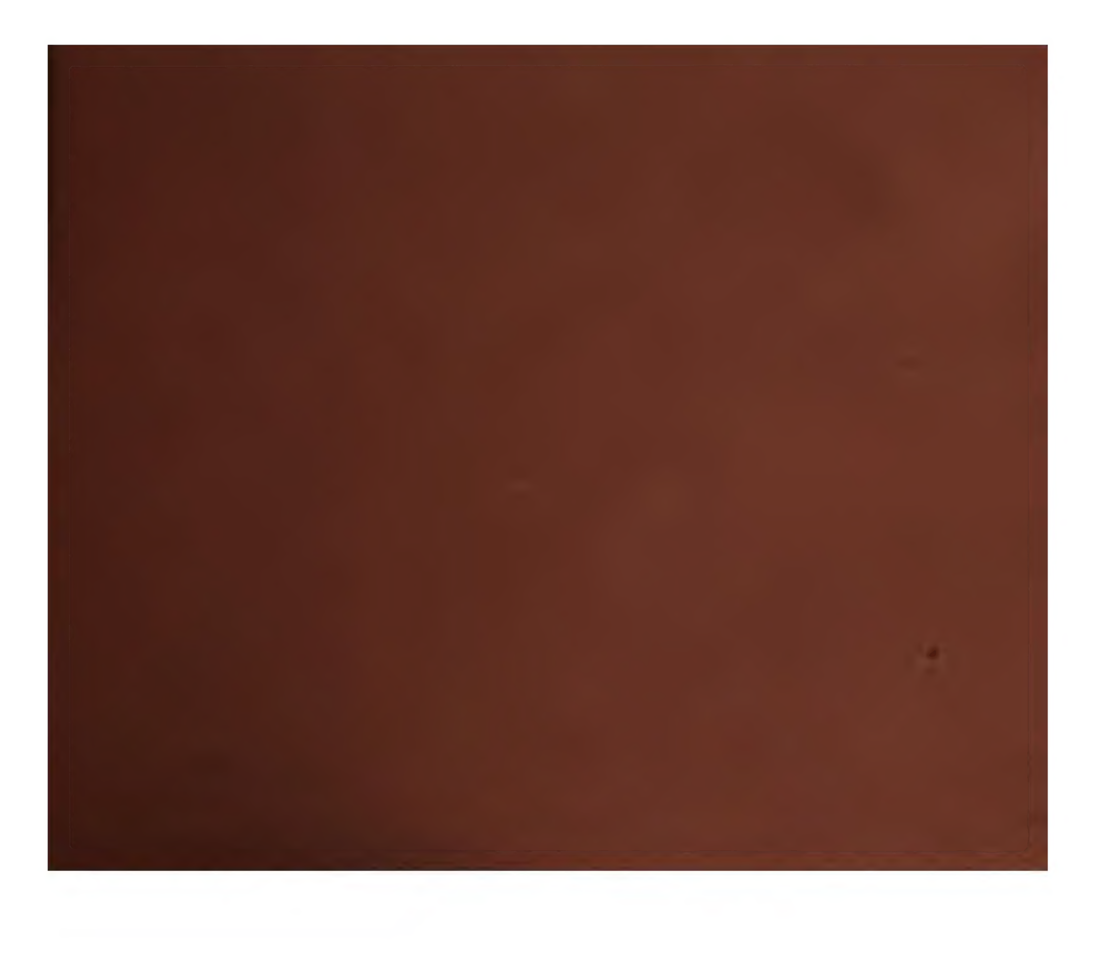

600045561R


E. BIBL. RADCL.





DICTIONNAIRE

DE

DIAGNOSTIC MÉDICAL

PRINCIPAUX TRAVAUX DE L'AUTEUR

Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, 1838; 1 vol. in-8

Mémoire sur la guérison des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse (lu à la Société des hôpitaux, et Archives générales de médecine, 1853).

De la congestion pulmonaire considérée comme élément habituel des maladies aiguës (lu à la Société des hôpitaux, et Archives générales de médecine, 1854).

Recherches sur les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës (3e volume des Mémoires de la Société médicale d'observation, 1856, p. 129).

Études sur les bruits de percussion thoracique (Archives générales de médecine, 1855 t. p. 180).

Nouvelles études sur les bruits de percussion thoracique. Premier mémoire : du son tympanique ou tympanisme de la poitrine dans les maladies (lu à la Société des hôpitaux, et Archives générales de médecine, 1856).

Note sur un nouveau procédé de mensuration de la poitrine (lue à l'Académie de médecine, le 24 mars 1857).

Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie (marche, pronostic, traitement par la thoracentèse), avec 23 gravures sur bois (Recueil de la Société médicale d'observation, t. I, 1857).

De l'emploi du tannin dans les affections des organes respiratoires (Bulletin de Thérapeutique, 1863).

Étude clinique des tumeurs des ganglions bronchiques (Gazette des hôpitaux, 1861 p. 501, 521, 529 et 511).

Note sur la voix soufflée, variété non décrite de la voix thoracique (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. I, 1864).

Études sur l'auscultation des organes respiratoires (Archives de médecine, 1865).

Études cliniques sur la congestion pulmonaire (Archives de médecine, 1866).

De la vraie pleurodynie (Union médicale, 1866).

Des abcès du poumon dans la pneumonie (Gazette des hôpitaux, 1868).

CLINIQUE

DES

MALADIES AIGUES DES ORGANES RESPIRATOIRES

1 vol. in-8, avec figures (1870) — (*En preparation*).

COULOMMIERS. — Typog. A. MOUSSIN

DICTIONNAIRE

DE

DIAGNOSTIC MÉDICAL

COMPRENANT

LE DIAGNOSTIC RAISONNÉ DE CHAQUE MALADIE, LEURS SIGNES,
LES MÉTHODES D'EXPLORATION
ET L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC PAR ORGANE ET PAR RÉGION

PAR

E.-J. WOILLEZ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

SECONDE ÉDITION

PRÉSENTANT L'EXPOSÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS

AVEC 310 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard St-Germain

LONDRES	MADRID
HIPPOLYTE BAILLIÈRE	C. BAILLY-BAILLIÈRE

1870

PRÉFACE

Lorsque je publiai la première édition de cet ouvrage en 1862, j'avais la pensée de combler une lacune dans la science. Le *Dictionnaire de Diagnostic* est, en effet, un guide clinique pour le jeune médecin encore inexpérimenté, en même temps qu'il offre au praticien exercé un ensemble de données que l'on rencontre difficilement dans les autres ouvrages.

L'insuffisance des livres classiques à cet égard tient à deux causes principales : les auteurs de traités de pathologie se contentent d'exposer le diagnostic différentiel, le reste de la pathologie descriptive étant considéré à part ; ensuite, la forme scolastique des descriptions pathologiques, excellente en elle-même pour faire connaître une maladie, et qui sera toujours utile et profitable à ce point de vue, devient un embarras pour la solution des problèmes cliniques ; car il faut soupçonner ou avoir déjà le mot de l'énigme pour profiter des ressources scientifiques éparses dans un grand nombre de volumes, et c'est précisément ce mot qu'il s'agit de trouver avant tout.

Il est une seule forme d'ouvrage dont le cadre se prête admirablement à ces recherches en apparence si difficiles : c'est la forme de *dictionnaire*. Là chaque symptôme, chaque organe, chaque maladie, chaque moyen d'exploration utile, ont leur article facile à trouver immédiatement.

Ces raisons me semblent légitimer la division alphabétique de cet ouvrage, comme répondant seule à l'imprévu quotidien des questions diagnostiques à résoudre. Cette forme fait de ce livre un intermédiaire utile, je dirais presque indispensable, entre le *livre Élémentaire de diagnostic*, d'une part, et la *bibliothèque*, d'autre part. Le livre élémentaire est fait pour disposer et préparer à l'étude de la clinique ; la bibliothèque, pour fournir les matériaux épars dans la science, sur les questions qui embarrassent le médecin dans sa pratique.

On peut dire que *le livre élémentaire*, *le dictionnaire de diagnostic*, qui résume l'expérience des observateurs, et *la bibliothèque* sont comme trois sources distinctes pour l'étude du diagnostic clinique.

L'utilité de ce Dictionnaire n'a pas été contestée. Cette utilité nous semble même démontrée par la bienveillance avec laquelle il a été accueilli.

Depuis plusieurs années, je me suis efforcé de combler les lacunes de la première édition et d'améliorer mon œuvre primitive en lui donnant une plus complète unité.

Cette édition a été revue en entier. Un grand nombre d'articles nouveaux y ont pris place. Je citerai notamment les mots : ALALIE, APHASIE, BACTÉRIES, BÉRIBÉRI, BOUTON D'ALEP, DÉGÉNÉRESCENCE LARDACÉE, ENDOCARDITE ULCÉREUSE, ENDOSCOPE, HERPÉTIDES, LARYNGOSCOPIE, LÈPRE DES GRECS, MÉLANÉMIE, PACHYMÉNINGITE, PARALYSIE AGITANTE, PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE, PARALYSIE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE, RÉTINITE, SCLÉROSE, THERMOMÉTRIE, etc. Beaucoup d'anciens articles ont été entièrement refaits, tels sont les mots ALBUMINE, ARTHRITIS, CHROMHYDROSE, CONGESTION du poumon, EMBOLIES, EMPOISONNEMENTS, GLYCOSE, HÉMORRHAGIES en général, OPHTHALMOSCOPIE, PHARYNGITES, PIGMENT, PYÉMIE, POULS, SANG, TUBERCULES, URINES, etc.

Dans ces différentes modifications, j'ai tenu compte des progrès scientifiques qui ont influé dans les dernières années, sur la médecine pratique, modifiant l'interprétation ancienne de certains faits cliniques et de certaines lésions, au point de vue de la pathogénie.

On avait trouvé bon et on avait loué le soin impartial avec lequel j'avais indiqué, au courant du texte, les sources auxquelles j'avais puisé pour la rédaction de ce livre. Dans les nombreux changements que j'ai faits, j'ai continué à suivre la même marche, qui a l'avantage de permettre au lecteur de recourir aux travaux originaux et de se faire lui-même une opinion sur le point en litige, s'il lui reste quelques doutes dans l'esprit.

Un mot sur l'exécution matérielle de ce volume, pour lequel rien n'a été négligé non plus de la part des éditeurs. L'agrandissement du format, celui de la justification et un caractère mieux approprié, ont permis de faire des additions considérables et d'intercaler plus de 300 figures sur bois dans le texte, sans grossir sensiblement le volume.

Je dois à plusieurs de mes savants collègues la communication d'un certain nombre de ces figures. Je m'empresse de leur en exprimer mes remerciements.

Je serais heureux que cette nouvelle édition fût accueillie avec la même bienveillance que la première.

E.-J. WOILLEZ.

Paris, Décembre, 1869.

DICTIONNAIRE

DE

DIAGNOSTIC MÉDICAL

ABAISSE-LANGUE. — C'est surtout pour faciliter les opérations pratiquées sur le pharynx que l'on a imaginé différentes espèces d'abaisse-langue. Pour la simple exploration de la région pharyngienne, le médecin se sert habituellement du manche d'une cuiller qu'il a partout sous la main. Cependant l'abaisse-langue en plaque métallique fixée à angle obtus sur un manche, et celui composé de deux plaques articulées à charnière, permettent de mieux déprimer la langue vers sa base, sans gêner le regard de l'observateur. L'abaisse-langue à charnière a l'avantage d'être portatif et de servir, d'un coté pour les adultes, et de l'autre pour les enfants.

ABATTEMENT. — *Voy.* FORCES (État des).

ABCÈS. — L'étude générale des abcès, au point de vue du diagnostic médical, présente un véritable intérêt, et l'on est surpris que ce sujet n'ait pas encore été compris dans les traités de diagnostic. Parmi les abcès que l'on est d'usage de considérer toujours comme du domaine de la pathologie externe, il s'en rencontre, en effet, qui ont leur siége ou leur point de départ dans les viscères ou dans les cavités splanchniques, et dont l'étude peut donner lieu à des considérations très-utiles à la pratique.

Je considère comme abcès toutes les *collections de pus* formées dans l'épaisseur des organes, dans le tissu conjonctif qui les avoisine, ou dans les cavités closes naturelles de l'économie. Ainsi envisagés, et sans m'occuper des abcès *latents* qui échappent à toute exploration, je trouve que les abcès se montrent dans deux conditions différentes : ils peuvent être constatés *directement* ou *indirectement* par le praticien.

I. **Abcès directement constatés.** — Ils sont profonds ou superficiels.

A. ABCÈS PROFONDS. — Les abcès profondément situés ont pour caractères appréciables : une ***tuméfaction*** visible ou au moins sensible à la palpation, et une ***fluctuation*** qui est le principal élément de leur diagnostic. Cependant cette fluctuation est parfois obscure, douteuse; et même lorsqu'elle est manifeste, la

collection humorale qui donne lieu à la fluctuation peut ne pas être du pus. Pour admettre qu'il y a réellement abcès, il faut donc rencontrer, comme phénomènes concomitants, ceux que l'on donne comme annonçant la suppuration : frissons irréguliers, rémission des accidents inflammatoires, sentiment de pesanteur qui succède à la douleur pulsative. Or, les difficultés du diagnostic viennent précisément de ce que ces phénomènes font souvent défaut. La palpation ne peut d'ailleurs s'exercer que sur un petit nombre d'organes des cavités splanchniques. Ce n'est que sur les organes abdominaux qu'elle est pratiquable; et encore tous ceux de cette cavité ne sont-ils pas accessibles à l'emploi de ce moyen. Ceux qui sont comme cachés sous le rebord des côtes (foie, rate), dans la profondeur du bassin (ovaires, utérus), ou bien entre le paquet intestinal en avant et les masses musculaires des lombes en arrière (reins), doivent augmenter de volume et se rapprocher des parois antérieures ou latérales de l'abdomen, pour que la palpation, aidée de la percussion, puisse avoir une réelle utilité. On a conseillé comme moyen de diagnostic une ponction avec un *trocart capillaire*, qui donne issue à du pus si la tumeur ponctionnée est un abcès; mais c'est un moyen qu'on ne saurait conseiller que dans des cas exceptionnels.

Il résulte de ce qui précède que c'est seulement par exception et lorsque l'on peut s'appuyer sur un ensemble rare de données diagnostiques favorables, qu'il est possible de reconnaître directement l'existence d'un abcès profond.

B. Abcès superficiels. — Je comprends sous cette dénomination, pour établir leurs différences, toutes les collections purulentes qui se forment ou qui viennent se montrer au niveau des téguments. Ainsi compris, les abcès superficiels ou devenus tels, sont dus à une cause traumatique ou externe, ou bien à une cause interne, générale ou locale. Je mets de côté les abcès traumatiques lorsqu'ils sont localisés hors des cavités splanchniques, leur diagnostic étant exclusivement chirurgical. Je ne m'occuperai pas non plus ici d'une manière spéciale des abcès uniques ou multiples qui sont dus à des affections générales dont j'ai traité dans des articles particuliers. Tels sont les abcès produits par la scrofule, la syphilis, la morve, les fièvres graves dans leur cours ou sur leur déclin, la résorption purulente et l'état général encore mal défini que l'on a dénommé diathèse purulente. Les antécédents et les symptômes concomitants suffisent ordinairement, dans ces différents cas, pour en indiquer l'origine. On ne doit faire exception que pour la pyémie et surtout pour la morve aiguë, et le farcin chronique, dans lequel les abcès sous-cutanés peuvent être le *seul signe* de la maladie. C'est un point de pratique qu'il ne faut pas perdre de vue, ces maladies étant de celles auxquelles on ne songe pas toujours, vu leur rareté (*Voy.* Farcin, Fièvres, Morve, Pyémie, Scrofule, Syphilis). Je ne fais que citer ces différentes conditions pathologiques; et cela me paraît suffire, car il ne faut parfois que penser à une maladie pour être bientôt sur la voie de son diagnostic.

On s'est appuyé sur un certain nombre de signes pour établir l'origine pathologique des abcès qui font saillie sous les téguments. On a voulu distinguer ceux qui ont leur source dans les organes profonds de ceux qui occupent seulement l'épaisseur des parois des cavités splanchniques. Comme signes les plus caractéristiques des abcès intra-splanchniques devenus sous-cutanés, on a cité les suivants : 1° le *reflux* momentané, à l'intérieur, du liquide de la collection purulente extérieure par la compression; 2° l'écoulement, après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès, d'une *quantité de pus* beaucoup plus considérable que la tuméfaction extérieure ne pourrait le faire supposer; 3° la présence dans le pus de *corps étrangers* ou d'*éléments anatomiques,* visibles à l'œil nu ou armé du microscope, et provenant nécessairement d'un organe par cela même

facile à déterminer; 4° la pénétration directe d'un *stylet* boutonné dans la cavité splanchnique ou vers un organe profond, et la sensation éloignée d'un corps étranger, un calcul biliaire, par exemple; 5° enfin un ensemble de données *étiologiques* et de *symptômes concomitants* concourant à éclairer sur l'origine anatomique de l'abcès.

L'apparition d'un abcès dans telle ou telle partie extérieure du corps est le fait pratique qui éveille immédiatement l'attention et qui est le point de départ d'inductions diagnostiques parfois très-importantes. La meilleure manière d'en exposer la signification est donc de considérer successivement les abcès dans les différentes régions.

1° *Tête.* — En dehors des abcès traumatiques avec fracture du crâne, on n'a rencontré que bien rarement à la tête des abcès extérieurs communiquant avec les organes contenus dans la cavité crânienne. Plusieurs fois le point de départ de ces abcès a été une carie du temporal; on les a vus ainsi former une tumeur fluctuante derrière l'oreille (*Journ. d'Hufeland,* 1837), et vers la partie supérieure et postérieure de l'oreille droite (R. Thompson, *Provinc. med. and surg. Journ.*, 1849). Chose remarquable, malgré la pénétration du pus à l'intérieur du crâne, il ne se développa, dans ces faits, aucun des symptômes cérébraux que l'on a vus survenir dans les cas où le pus n'a pas d'issue au dehors. La même absence de symptômes du côté du cerveau, sans doute par suite du défaut de compression, s'est rencontrée, jusqu'aux derniers moments, dans des faits d'abcès du *cerveau* curieux à signaler, et dans lesquels le pus s'est fait jour au dehors, *au niveau de la paupière supérieure,* par la cavité orbitaire. Dans deux de ces faits trop peu connus, l'un dû à Binet, de Genève (*Recueil des travaux de la Soc. d'obs.*, 1857, t. I), l'autre à Rossier (*Écho méd. Suisse*, 1857), l'abcès chronique siégeait pourtant dans la substance cérébrale. Le plus souvent les abcès du cerveau donnent lieu aux mêmes symptômes que les tumeurs cérébrales (*Voy.* TUMEURS.)

Parmi les abcès de la face, je dois mentionner ceux du sinus maxillaire qui succèdent au coryza et qui peuvent former une collection fluctuante au-dessous de l'œil, après la destruction de la paroi externe du sinus (Boeneck, *Arch. de méd.*, 1835, t. XXI), et les abcès de la pituitaire observés par Cloquet et simulant des polypes des fosses nasales (Arnal, *Journal hebdom.*, n° 91).

Les abcès de l'intérieur de la *bouche* ne doivent pas m'occuper d'une manière spéciale. Je me contente de rappeler que P. Frank y a vu prendre pour des abcès des varices pelotonnées en tumeur au niveau de la muqueuse buccale. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour l'éviter facilement.

2° *Cou.* — Ici peuvent se faire jour à l'extérieur : des abcès *pharyngiens* que l'on peut voir et toucher dans le pharynx et qui sont tantôt aigus (pharyngite grave) et tantôt chroniques (carie des vertèbres cervicales); des abcès *périœsophagiens,* dont l'origine est plus obscure, attendu que l'on ne peut la rechercher qu'à l'aide de la sonde œsophagienne; mais cette sonde, produisant une douleur insupportable (David Hay), ne peut révéler que l'inflammation et non la collection purulente. On a vu des abcès du pharynx qui ont produit une mort subite par asphyxie due à leur rupture vers la glotte

On a vu aussi des abcès du cou, siégeant en apparence au-dessus du sternum ou des clavicules, communiquer avec les *médiastins*, avec la *plèvre*, avec le *péricarde* même. Sauf dans cette dernière circonstance, qui est rapidement mortelle (pénétration du pus dans le péricarde), les moyens physiques d'exploration, et principalement la percussion, permettront de soupçonner l'étendue de la collection purulente. Quelquefois la sortie de l'air avec le pus, et la ressemblance de

ce dernier aux crachats expectorés, indiqueront une communication de l'abcès avec les voies respiratoires (Dr Smith). Bouvier a nommé abcès cervicaux *ascendants* des abcès par congestion nés des premières vertèbres dortales. Des collections purulentes de même origine ont été prises dans la région sus-claviculaire pour des abcès ganglionnaires.

Une complication des abcès de la partie latérale du cou, qui a été assez fréquemment observée pour préoccuper le praticien, est la perforation des vaisseaux. C'est ainsi que des *hémorragies subites* ont amené la mort par suite de la destruction des parois de la *veine jugulaire* (Robert W. Smith), de l'*artère sous-clavière* dans un cas d'abcès scrofuleux avec carie de la clavicule (Jackson, de Sheffield). L'usure de l'*aorte* elle-même par un abcès fistuleux de la partie antérieure et inférieure de la région cervicale (Busck) a donné aussi lieu à une hémorrhagie mortelle. Cependant l'érosion de la veine jugulaire, en pareil cas, n'est pas toujours funeste, car Deperet, Muret et Boulland ont cité un cas de guérison (*Union méd.*, 1850).

3° *Thorax.* — Parmi les abcès qui viennent faire saillie à l'extérieur du thorax, il en est qui siégent dans les parois mêmes de la poitrine, comme les abcès aigus de la glande mammaire des nouveaux-nés (Nat. Guillot) et les abcès chroniques développés à la partie antérieure du thorax, avec carie des côtes ou du sternum, ou bien sans carie, comme les abcès décrits par Ménière (*Arch. de méd.*, 1829). Aucun signe, fourni par la percussion ou l'auscultation à leur niveau ou dans leur voisinage, n'indique alors de lésion interne, à moins de complications. Ces complications sont la rupture de l'abcès dans la plèvre, que Velpeau a vu survenir au niveau d'un abcès du sein, puis la propagation de l'inflammation à la plèvre (Broca).

Les abcès intra-thoraciques venant se montrer au dehors, le plus souvent entre les côtes et rarement au-dessus de la partie supérieure du sternum ou des clavicules, s'accompagnent de signes anomaux et de symptômes thoraciques qui expliquent l'apparition des abcès extérieurs; ordinairement c'est même dans le cours d'une affection intra-thoracique qu'ils surviennent. Un son mat à la percussion, à leur niveau et à leur pourtour, la possibilité de refouler le pus à l'intérieur (ce qui n'est cependant pas toujours possible), et, après l'ouverture de l'abcès intérieur dans les bronches, la diminution de la tumeur extérieure et de la matité primitive, l'écoulement considérable du liquide purulent, qui suit l'ouverture extérieure de l'abcès, et enfin la ressemblance que ce liquide présente parfois avec celui des crachats, lorsqu'il y a en même temps communication du foyer avec les bronches : tels sont les signes les plus ordinaires que l'on peut utiliser pour le diagnostic de ces collections purulentes profondes émigrant vers l'extérieur.

Les *pleurésies purulentes* sont la cause la plus fréquente de ces abcès secondaires, et qui sont parfois énormes; Oulmont en a donné une très-bonne description dans sa thèse sur la *pleurésie chronique* (1844). Ces abcès pleuro-cutanés ne seraient pas très-rares chez les enfants, selon Barthez et Rilliet (*Traité des mal. des enf.*, t. I, p. 563). Ils se montrent en avant ou en dehors du thorax. — Il est douteux qu'un abcès du *poumon*, à moins qu'il ne soit tuberculeux, ce qui s'est vu plusieurs fois, viennent s'ouvrir au dehors dans un espace intercostal. — Quant aux abcès des *médiastins*, étudiés par Güntner (*Oesterreichische Zeitschrift für pract. Heilk.*, 1859), ils tendent à gagner supérieurement la partie antérieure du cou, mais ils peuvent aussi se faire jour à la partie antérieure de la poitrine, dans le voisinage du sternum. — La *carie* des côtes ou du sternum peut produire simultanément un abcès intra et extra-thoraciques à

son niveau. Enfin la carie vertébrale doit être soupçonnée comme cause des abcès froids se montrant dans le voisinage de l'épine dorsale, lorsqu'il n'y a pas encore de déformations de la colonne. Lorsque ces abcès sont ouverts, la nature séro-purulente du liquide évacué, et l'expulsion de corpuscules osseux, ne laissent aucun doute sur l'origine de l'abcès, abcès plus difficile à reconnaître si le pus fuse le long des côtes pour venir faire saillie en avant, comme l'ont vu Roux et Bérard. — Des abcès aigus, provoqués par la sortie de *corps étrangers* qui avaient pénétré par la glotte jusque dans les poumons (épis barbus), se sont quelquefois montrés en avant ou en arrière de la poitrine, comme le rapporte Hévin (*Mém. acad. de chir.*, 1781, t. III, p. 94); mais ce sont des faits exceptionnels.

4° *Abdomen.* — Les abcès que l'on constate au niveau de l'abdomen proprement dit, des lombes et du bassin, affectent dans chacune de ces parties un siége variable. La plupart de ces abcès occupent la région ombilicale, l'intervalle qui sépare l'ombilic des côtes, le voisinage du rebord des côtes au niveau des hypochondres, et la zone inférieure du ventre, principalement les fosses iliaques et les aines.

Nous avons ici, comme pour la poitrine, des abcès bornés aux parois, et d'autres ayant leur point de départ dans les viscères. Le diagnostic devra donc avoir pour but encore : 1° de décider si la collection purulente occupe les parties superficielles ou s'étend dans l'abdomen; 2° de déterminer, dans l'affirmative d'un siége profond, l'organe qui en est le point de départ.

Voyons d'abord à quelles données on reconnaît qu'un abcès ne s'étend pas au-delà des parois abdominales. Le diagnostic de ces abcès, signalés depuis longtemps par les chirurgiens, a été particulièrement étudié dans les derniers temps, sous le rapport des difficultés du diagnostic, par Bricheteau (*Acad. de méd.*, 1826; *Arch. de méd.*, 1839), par Dance (*Arch.*, 1832), Bernutz (*ibid.*, 1850), et dans l'excellente thèse de Féréol, sur la *perforation de la paroi abdominale antérieure dans la péritonite* (1859). La lecture de ces documents, basés sur des faits intéressants, me semble démontrer qu'il faut distinguer, avant toute apréciation, les *abcès peu étendus* de ceux qui ont envahi une *grande partie* des parois abdominales. Les premiers, en effet, sont d'un diagnostic beaucoup plus facile que les seconds. 1° Ils débutent par une *induration inflammatoire* mobile qui *plastronne* l'abdomen, suivant l'heureuse expression de Dance, et qui persiste autour des points fluctuants ; 2° ils ne sont pas *réductibles* lorsqu'ils sont ramollis par la suppuration; 3° lorsqu'ils sont ouverts spontanément ou à l'aide du bistouri, ils fournissent un *pus bien lié*, non séreux, en quantité proportionnelle au volume de la tumeur ; 4° enfin le pus ne se trouve mélangé d'aucun autre liquide ni de corpuscules solides *provenant des organes internes.*

La coïncidence de ces différents signes est concluante; et, même isolés, les trois premiers ont une grande valeur. Il ne faut pas oublier que les gaz stercoraux peuvent, comme par endosmose, pénétrer les parois de l'abdomen; et que le pus des abcès sous-péritonéaux peut avoir l'odeur des matières fécales, sans qu'il y ait communication entre le foyer et les intestins (Dance).

Quoi qu'il en soit, dans ces conditions de limitation du phlegmon et par suite de l'abcès qui en résulte, il est possible de déterminer leur siége dans les parois abdominales. Quand au contraire ces phlegmons et ces abcès sont très-étendus, ils peuvent bien quelquefois se reconnaître aux mêmes signes que les précédents; mais dans un assez grand nombre de cas, ces signes n'ont plus la même valeur. L'abcès, étendu dans la couche de tissu cellulaire sous-péritonéal, ne forme plus un plastron aussi mobile, aussi bien isolé, puis d'ailleurs la sensibilité de la tumeur inflammatoire peut s'opposer à cette recherche, et l'on pense alors à un

abcès intra-abdominal enkysté aussi bien qu'à un abcès des parois. De plus, la quantité de pus évacué peut paraître plus considérable que ne le comporte le volume apparent de la tumeur, et c'est surtout dans ces cas de diagnostic incertain que l'odeur stercorale du pus peut faire hésiter sur la question de savoir si l'abcès est bien réellement dans les parois abdominales.

Ce sont surtout les collections purulentes du péritoine, plus ou moins localisées, qui peuvent être confondues avec les abcès sous-péritonéaux des parois antérieures de l'abdomen. Féréol, en s'aidant de nombreuses recherches et d'observations qu'il a recueillies, expose les données pour la solution du problème, sans se croire autorisé par les faits à trancher la question, tant elle lui paraît difficile à résoudre. La similitude des circonstances pathologiques dans lesquelles se développent les inflammations intra et extra-péritonéales (fréquemment l'état puerpéral), l'analogie des symptômes du début (douleurs abdominales, vomissements, fièvre d'intensité variable, etc.), leur ouverture dans le voisinage de l'ombilic, doivent souvent embarrasser le praticien et l'empêcher de se prononcer. L'embarras est inévitable si un vaste abcès du *fascia propria*, au lieu de tendre à se faire jour à l'extérieur, va perforer le diaphragme et s'ouvrir dans les bronches, ainsi que Bricheteau l'a observé (*Arch. de méd.*, t. XXX, 1832).

La région dans laquelle apparaissent à l'extérieur les abcès profonds de l'abdomen n'est pas aussi importante qu'on pourrait le croire au premier abord pour déterminer leur siége anatomique. Le plus grand nombre de ces abcès, en effet, s'ouvrent *dans le voisinage de l'ombilic*. Les abcès du *foie* ou de ses dépendances (vésicule), ceux dus à des *péritonites*, ou provenant de l'*estomac*, du petit ou du gros *intestin*, de l'*ovaire* même, peuvent se faire jour par cette région. — Dans la zone supérieure du ventre, ce sont surtout les abcès du *foie* que l'on rencontre dans le voisinage du rebord des fausses côtes ; mais on y a vu aussi la migration d'un abcès pleural (Foubert). — Les abcès profonds qui se montrent dans la zone inférieure, et surtout dans les régions latérales (fosses iliaques, aines), proviennent des tissus sous-jacents, de *péritonites* du grand ou du petit bassin, des *intestins* (corps étrangers), ou constituent quelquefois des expansions d'abcès *urinaires*. Parmi les erreurs de diagnostic auxquelles les abcès de cette région ont donné lieu, Pelleton a signalé un anévrysme énorme, à obscurs battements, ayant détruit les corps de quatre vertèbres et ayant été pris pour un abcès par congestion. Velpeau a particulièrement étudié l'origine des abcès qui se montrent au niveau du canal inguinal, et, selon Gubler, les abcès bilobés ou en gourde y seraient formés, chez la femme, par du pus provenant du *ligament large* et qui suivrait le trajet du ligament rond, pour venir se montrer au niveau de l'aine (*Union méd.*, 1850). — Enfin les abcès profonds qui s'étendent jusqu'aux lombes ont une origine très-diverse : la *périnéphrite* suppurée, les abcès des *reins*, de la *rate* (du côté gauche), ceux dus à des *corps étrangers* venant de l'intestin, même l'*empyème*, peuvent s'y montrer ; et l'on s'expliquerait difficilement qu'il en soit ainsi pour les corps étrangers provenant des intestins, si l'on n'en avait vu se faire jour dans les régions où les parties à traverser sont encore plus épaisses, au niveau de la fesse, par exemple.

Dans ces différents abcès, les matières ou les corps mélangés au pus éclairent immédiatement sur leur siége : il en est ainsi de la *bile* et des *calculs biliaires* pour le foie et les voies biliaires ; des *aliments* et des *boissons* pour l'estomac ; des *matières fécales*, des *lombrics*, des *résidus d'aliments* ou des *corps étrangers* ingérés par la bouche ou introduits par l'anus, pour les intestins ; des *os de fœtus* mélangés à des cheveux pour l'ovaire (?) ; des *strongles* pour le *rein* ; *de l'urine* pour les voies urinaires.

5° *Bassin.* — Je ne fais que rappeler en passant, attendu qu'il en est amplement question ailleurs, les abcès du petit bassin et, entre autres, le phlegmon péri-utérin, qu'il est si facile de confondre avec l'hématocèle (*Voy.* HÉMORRHAGIES, PHLEGMONS).

6° *Membres inférieurs.* — Pour compléter ce qui précède, il me reste à signaler une particularité rare des abcès intra-abdominaux : leur migration jusqu'au niveau de la cuisse par l'anneau crural, ou, ce qui est très-rare, par le trou obturateur. Fergusson (*The Lancet*, 1850) a rapporté le fait remarquable d'un abcès de cette dernière espèce, produit par une perforation du jéjunum qui s'était faite dans le tissu sous-péritonéal après adhérence.

II. Abcès indirectement constatés. — Certains abcès des viscères, qui ne donnent lieu à aucun signe local caractéristique en tant qu'abcès, se révèlent assez fréquemment par leur *rupture*, soit dans des organes creux qui s'ouvrent au dehors par la bouche, l'anus, l'urètre ou le vagin, soit dans des cavités closes (séreuses, cavité encéphalo-rachidienne, vaisseaux).

A. RUPTURE DANS DES VOIES NATURELLES (ouvertes à l'extérieur). — Dans ces cas, l'apparition au dehors du pus qui a été déversé dans les voies respiratoires, digestives, urinaires ou génitales, est un indice pathognomonique d'un abcès plus ou moins profondément situé.

L'apparition du pus constitue un accident habituellement inattendu et subit au début; sa quantité est plus ou moins considérable, le plus souvent abondante, et sa composition, de même que dans le cas d'abcès se faisant jour vers la peau, est très-variable suivant l'organe qui le fournit. On peut dire qu'il n'y a pas d'abcès développé dans les viscères voisins des conduits naturels qui ne puisse s'y ouvrir, soit directement, soit après que l'inflammation a déterminé la formation d'adhérences intermédiaires. Quelquefois, quoique contigu à une voie naturelle, l'abcès va s'ouvrir dans une voie éloignée; c'est ainsi que l'on a vu un abcès du foie ou même des lombes aller s'ouvrir dans les bronches. La multiplicité de ces collections purulentes internes et la diversité de leurs manifestations rendent la signification des excrétions de pus parfois difficile à établir quant à leur origine; mais, d'un autre côté, l'accident lui-même peut éclairer immédiatement sur la nature et sur le pronostic, jusque-là douteux, d'une affection obscure. On observe en effet ces excrétions purulentes dans trois conditions principales :

1° L'abcès profond est reconnu directement dans un organe ou par la formation au dehors d'un abcès qui n'en est que l'expansoin, et l'apparition par la voie naturelle du pus à l'extérieur, en même temps que s'amendent les symptômes locaux et que la tumeur diminue de volume, vient confirmer le diagnostic porté;

2° Il existe vers un organe des symptômes d'une nature indéterminée, avec ou sans signes physiques, mais que l'excrétion purulente fait reconnaître comme étant ceux d'un abcès profond;

3° Aucun trouble symptomatique bien manifeste ne s'est prononcé avant la rupture de la collection purulente dans la voie naturelle qui le rejette au dehors, expulsion qui révèle seule l'existence jusqu'alors latente de l'abcès interne.

B. RUPTURE DANS LES CAVITÉS CLOSES. — Si, au lieu de s'ouvrir dans des organes creux communiquant au dehors, ce qui doit souvent faire porter un pronostic favorable, le pus fait irruption dans une cavité séreuse, il en résulte une inflammation suraiguë, ordinairement funeste, surtout lorsque la rupture a lieu dans le péricarde, cas dans lequel la mort a pu être instantanée. Dans le péritoine, l'inflammation dure ordinairement quelques heures au moins, et la

guérison a lieu seulement dans des cas exceptionnels si l'épanchement est limité par des adhérences. Dans la plèvre, l'inflammation se prolonge davantage, en présentant moins de danger. La rupture peut s'effectuer aussi dans le *canal rachidien*, lorsqu'il y a carie des vertèbres; une paraplégie en est alors la conséquence. Enfin, on a vu un abcès rétro-stomacal, résultant d'un carcinome de l'œsophage, perforer la *veine porte* et donner lieu subitement à un accès violent de frissons suivis de chaleur et de sueur, et la mort survenir après plusieurs accès semblables (*Archiv. für pathol Anatom.*, t. XVI, p. 359).

Ces différentes ruptures ne peuvent éclairer le diagnostic que dans les cas où l'abcès est d'avance bien constaté; car toute perforation laissant pénétrer un corps liquide ou solide quelconque dans une séreuse y produit des phénomènes semblables à ceux qu'y provoque l'épanchement accidentel du pus. Il faudrait donc qu'il fût démontré qu'il y a pénétration d'un liquide et que ce liquide est du pus, pour que le fait de la rupture pût être utilisé pour le diagnostic d'un abcès. Or, ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il en est ainsi; lorsque, par exemple, on a diagnostiqué à l'extérieur un abcès dont le foyer est profond et que la rupture interne amène, avec les accidents qui la caractérisent, la diminution rapide de volume de la tuméfaction observée, par suite du passage du pus dans la séreuse.

On sait qu'une douleur vive, ordinairement subite, annonce la rupture dans la séreuse, et qu'il s'y joint des symptômes fonctionnels variables pour chacune d'elles : dyspnée intense pour la plèvre; nausées et vomissements pour le péritoine; convulsions pour l'arachnoïde spinale (*Hufeland's*, *Journal*, 1837). La rupture dans le péritoine d'une collection purulente située à la base du poumon produisit subitement, et sans symptômes précurseurs, un singulier phénomène chez un individu observé par Richard et Duhordel en 1843 (*Arch. de méd.*, t. I); ce fut une tension de l'épigastre qui se montra après la douleur subite du début des accidents, tension qui gagna tout le ventre et y produisit une tympanite générale qu'il était impossible d'expliquer pendant la vie et que l'autopsie démontra être la conséquence de la communication accidentelle des bronches avec l'intérieur du péritoine (*Voy.* COMMUNICATIONS MORBIDES, PUS, RUPTURES).

ABDOMEN. — Des trois cavités splanchniques du corps de l'homme, l'abdomen est la plus étendue et en même temps celle qui renferme le plus grand nombre d'organes. Dans l'état sain, cette cavité est occupée presque en entier par les organes digestifs et leurs annexes : estomac, intestin grêle, gros intestin, foie, pancréas. La rate, les capsules surrénales, dont les fonctions sont encore mal connues; les organes de la dépuration et de l'excrétion urinaires, ceux dits internes de la génération, celui de la gestation chez la femme complètent en grande partie l'énumération des nombreux organes intra-abdominaux. Mais si je rappelle en outre qu'un organe membraneux très-important, le péritoine, et son tissu conjonctif sous-jacent, se superposent à eux et les enveloppent tous; qu'une double circulation veineuse occupe les viscères ou les parois abdominales; que chaque organe, plus ou moins mobile et situé plus ou moins profondément, peut être atteint d'affections variées, subir des variations fréquentes de volume, et des déplacements parfois considérables, on comprendra de quelles difficultés peut se trouver entouré le diagnostic des affections qui siégent dans l'abdomen.

On est convenu de diviser l'abdomen en neuf régions qui, malgré leurs délimitations diffuses, facilitent sa description anatonique. Elles comprennent trois régions supérieures : l'ÉPIGASTRE au centre et latéralement les deux HYPOCHONDRES; trois divisions moyennes : la région OMBILICALE au centre, et en

dehors les FLANCS; trois inférieures, la région HYPOGASTRIQUE et les deux régions ILIAQUES.

Il est nécessaire de bien savoir à quels organes correspondent ces différentes régions, auxquelles j'ai consacré des articles particuliers. Je n'ai donc qu'à y renvoyer le lecteur. Mais il ne devra pas oublier que, dans les changements de capacité de l'abdomen, les organes sains subissent des déplacements qu'il faut connaître lorsqu'on veut explorer ces organes, afin de ne pas confondre leur localisation insolite avec une lésion imaginaire. C'est ainsi que le foie ou la rate peuvent être refoulés en bas du rebord des fausses côtes par un épanchement pleurétique ou une tumeur thoracique plus ou moins considérable. On peut se faire une idée de ce refoulement en songeant que le diaphragme peut présenter une convexité inférieure, au lieu de la concavité profonde qu'il offre normalement du côté de l'abdomen. Lorsque le diaphragme est au contraire repoussé en haut par la distension de l'abdomen, le foie et la rate sont refoulés vers la poitrine, parfois bien au-dessus de leur position naturelle, et c'est à cette hauteur insolite qu'il faut les explorer. Quand une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale distend l'abdomen, c'est en haut et sur les parties moyennes de l'abdomen que se trouvent l'estomac et le paquet intestinal presque en entier; ces organes se portent plus d'un côté que de l'autre, si leur refoulement est dû à une tumeur développée du côté opposé, à un kyste de l'ovaire, par exemple.

Le déplacement des organes abdominaux peut également être la conséquence d'une lésion qui leur est propre, comme je l'ai exposé à propos de chacun d'eux.

Ces considérations anatomiques ne doivent pas être oubliées; mais ce qui n'importe pas moins au diagnostic, c'est l'ensemble des *symptômes* ou *signes* qui s'observent au niveau de l'abdomen, les *moyens d'exploration* à employer, et les particularités qui peuvent permettre de déterminer le *siége anatomique* des lésions qu'on y rencontre.

1° Les *symptômes* ou *signes* que l'on observe au niveau de la cavité abdominale sont nombreux et importants; cependant il arrive souvent qu'ils ne peuvent suffire à faire porter un diagnostic précis. En dehors des signes physiques que je rappellerai à propos des moyens d'exploration, il y a à considérer : la douleur, des phénomènes fonctionnels et des excrétions.

Les caractères des *douleurs abdominales* peuvent être si différents, qu'il faudrait rappeler tous ceux que j'ai énumérés ailleurs (*Voy.* DOULEUR). Je n'insisterai donc ici que sur quelques particularités qu'il est bon d'avoir présentes à la pensée, lorsqu'un malade accuse une douleur du côté du ventre. Rien de plus fréquent et qui puisse plus facilement entraîner à des erreurs de diagnostic regrettables que les douleurs névralgiques qui occupent l'épaisseur des parois abdominales. Par conséquent, il faut avant tout rechercher si la douleur a ce caractère. De plus, lorsqu'une douleur vive, subite, a son siége plus profondément dans l'abdomen, on doit songer aux conditions nombreuses qui peuvent la produire : à la péritonite simple ou par perforation, à l'inflammation des divers organes abdominaux, aux étranglements, à l'invagination intestinale, aux phlegmons de la fosse iliaque, aux calculs biliaires ou rénaux qui s'engagent dans les conduits biliaires ou dans l'uretère. La douleur spontanée seule n'a donc rien de caractéristique considérée isolément, et il en est de même de la douleur provoquée par des actes fonctionnels ou par des moyens d'exploration (*Voy.* DOULEUR). Ce n'est, en effet, que par le rapprochement de la douleur, comme signe, des autres particularités de la maladie, que l'on arrive à en préciser la vraie signification.

Les *symptômes fonctionnels* qu'on *observe du côté* de l'abdomen sont, rela-

tivement à ceux des organes des autres cavités, les plus nombreux, et, par conséquent, les plus difficiles à bien préciser dans leur origine organique. Les principaux de ces symptômes, les troubles digestifs, qui sont si fréquents, peuvent dépendre d'une lésion des organes de la digestion elle-même, mais très-souvent aussi de maladies d'organes plus ou moins éloignés, soit du ventre, soit des autres parties du corps, ou enfin d'une maladie générale. Cette signification si étendue, qui existe pour la plupart des symptômes abdominaux, est une des causes principales de la difficulté du diagnostic des maladies dont ils sont l'expression. En dehors des symptômes fonctionnels qui se rapportent à la digestion, il n'y en a, en réalité, qu'un petit nombre qui puisse éclairer le médecin, car les fonctions des reins, du foie, du pancréas et des autres organes s'exercent d'une manière plus latente que les fonctions digestives, et ce n'est guère, en dehors des troubles fonctionnels de la vessie, que par l'examen des produits de leurs sécrétions évacués au dehors que l'on peut s'éclairer sur ce point.

C'est ce qui donne précisément une grande importance diagnostique à l'étude des *matières excrétées :* celles des vomissements, les matières fécales ou de toute autre nature rendues par l'anus et les urines (*Voy.* EXCRÉTIONS).

2° Les *moyens d'exploration* de l'abdomen sont nombreux.

D'abord l'*inspection* fait constater les colorations anomales de la peau, les taches, les macules, les éruptions, les abcès dont elle peut être le siége, les arborisations veineuses qui s'y dessinent (*Voy.* VEINEUX [Appareil]), les mouvements respiratoires dus aux contractions du diaphragme, et enfin la conformation générale de l'abdomen. Le développement du ventre est général ou partiel. Il est uniformément développé dans les cas de météorisme généralisé, d'ascite avec épanchement abondant, ou de tumeurs ayant envahi toute la hauteur de la cavité abdominale. Cet accroissement général du volume du ventre est assez souvent le premier signe de la péritonite chronique (Louis); mais il ne faut pas oublier qu'il peut simplement résulter, chez les rachitiques, de l'affaissement de la colonne vertébrale ou de la courbure exagérée des vertèbres lombaires en avant. L'ampliation abdominale est, d'autres fois, seulement partielle, et sa constatation est alors une source de nouveaux signes : le météorisme localisé a servi à distinguer le siége anatomique de certaines invaginations, et, en permettant aux anses intestinales de se dessiner en relief, il est un bon élément diagnostique de la péritonite chronique après la diminution du météorisme général. Les hernies de la ligne blanche, les kystes de l'ovaire, l'utérus développé, le foie, la rate, le rein augmentés de volume, et les tumeurs diverses de l'abdomen, peuvent soulever partiellement les parois de cette cavité dans une étendue plus ou moins restreinte, et faire ainsi soupçonner à la vue le siége anatomique de la lésion.

La *palpation* s'exerce de différentes manières au niveau de l'abdomen, et les signes qu'elle fournit sont d'autant plus accentués que les parois abdominales sont plus relâchées, soit par une position convenable, soit par toute autre cause (*Voy.* PALPATION). Le simple contact ou effleurement des téguments suffit pour y faire découvrir les rugosités d'une éruption d'abord invisible (sudamina), ou une hyperesthésie très-prononcée (dermalgie). La pression isolée d'un doigt à droite ou à gauche de la ligne blanche y découvre des foyers de douleur névralgique, comme le glissement de la peau sur les muscles sous-jacents révèle quelquefois la sensibilité extrême de ces muscles (myalgie saturnine). L'application de la main à plat, ou palpation proprement dite, sert plus particulièrement à reconnaître la sensibilité, le volume, la consistance, la forme des organes contenus dans la cavité abdominale. Elle permet de percevoir la fluctuation, la sensation de frottement des surfaces péritonéales devenues rugueuses ou la collision des

calculs biliaires au niveau de la véticule. Enfin la palpation, ou plutôt la pression, en faisant passer momentanément une collection de liquide d'une cavité dans une autre, a pu éclairer le diagnostic dans des cas d'hydropisie de la vésicule biliaire, par exemple, avec liberté des conduits biliaires, ou dans certains faits d'abcès profonds s'étant fait jour sous la peau de l'abdomen, ou enfin d'abcès par congestion divisés par un étranglement incomplet.

La *percussion* de l'abdomen, souvent employée, est une méthode exploratrice indispensable pour préciser la position et le volume des organes parenchymateux ou celui des tumeurs volumineuses contenues dans le ventre, en constater la densité et jusqu'à un certain point l'élasticité, sans que la percussion puisse toutefois permettre de distinguer toujours si la matité obtenue tient à un organe augmenté de volume ou à une tumeur accidentelle. La percussion permet encore de reconnaître la présence du liquide dans le péritoine, quand on fait déplacer la matité par les changements de position du malade, la présence des gaz dans l'estomac ou dans les intestins, celle des matières fécales accumulées, et fréquemment la distention anomale de la vessie par l'urine.

L'*auscultation* est employée au niveau de l'abdomen pour faire mieux percevoir les bruits artériels, pour constater le murmure noté par Sappey au niveau de la dilatation veineuse superficielle qu'il a signalée dans la cirrhose, et surtout pour constater la grossesse dans des cas, moins rares qu'on ne pense, où l'utérus, en état de gestation, a été pris pour le même organe développé par une tumeur accidentelle. On a de plus conseillé l'auscultation pour rechercher le bruit de frottement péritonéal dans des cas de péritonite chronique (*Voy.* FROTTEMENT), et des souffles au niveau de l'artère splénique dans l'hypertrophie de la rate (*Voy.* SOUFFLES).

Rappelons encore que l'on complète parfois l'exploration abdominale en employant les différents moyens usités pour constater l'état de la sensibilité cutanée, c'est-à-dire, outre le frôlement indiqué précédemment, le pincement, les piqûres, la chaleur ou le froid (*Voy.* ANESTHÉSIES); en introduisant un *stylet* dans des plaies fistuleuses, en pratiquant au niveau de certaines tumeurs, que l'on suppose contenir des liquides, des *ponctions exploratrices* avec un trocart plus ou moins délié, ou enfin en pratiquant le *cathétérisme*, soit vésical, soit utérin, qui éclaire sur la nature de certaines tumeurs occupant la partie inférieure de l'abdomen.

3° Quant à la *distinction anatomique* des maladies des différents organes de l'abdomen, c'est un point de pratique extrêmement complexe, vu la multiplicité de ces organes et leur agglomération dans une cavité relativement limitée. On se base en pareil cas sur le siége de la douleur et des autres signes locaux qui, rapprochés des symptômes fonctionnels locaux et généraux et des signes indirects fournis par les excrétions, constituent des ensembles de données diagnostiques plus ou moins distinctes, sur lesquelles je n'ai pas à insister dans ces généralités.

ABSTINENCE. — *Voy.* INANITION.

ACARE. — *Voy.* PARASITES.

ACCÈS. — On ne saurait trop insister sur la nécessité d'être toujours préoccupé, dans la pratique, de la forme intermittente des phénomènes pathologiques qui constituent des accès. Leur existence soulève en effet constamment une question pronostique si grave, celle des fièvres pernicieuses, que j'y reviendrai plusieurs fois dans le cours de cet ouvrage, et principalement à propos des fièvres ou accidents INTERMITTENTS.

ACCOUCHÉE. — Ce mot indique par lui-même le sens de cet article. Il a pour objet les suites ou les conséquences de l'accouchement qui peuvent être

diversement interprétées ou bien être attribuées à d'autres causes. Le point capital, en pareille circonstance, est la connaissance de l'accouchement comme fait antérieur. C'est en le prenant comme point de départ du diagnostic, en effet, que l'on peut arriver à bien juger les phénomènes observés. Or, deux cas peuvent se présenter : ou bien la femme, ayant intérêt à dissimuler le fait de l'accouchement, cherche à en détourner l'attention du médecin; ou bien celui-ci est instruit d'une façon ou d'une autre de la parturition qui a eu lieu.

A. — Lorsqu'on sait que l'on a affaire à une femme nouvellement accouchée, ce qui est le cas le plus ordinaire, il est facile de s'expliquer les accidents variés qui s'observent assez fréquemment à la suite de l'accouchement. Les *tranchées utérines violentes*, qui peuvent dépendre de l'obstruction du col utérin par un caillot adhérent (que le toucher fait facilement reconnaître), et qui cessent après son extraction; la *rétention partielle du placenta;* la *rétention d'urine;* toutes les *inflammations* qui peuvent atteindre l'utérus, ses annexes ou le péritoine; la *phlébite utérine*, la *phlegmatia alba dolens*, l'*éclampsie;* un *frisson violent* bientôt suivi des accidents généraux et locaux plus ou moins graves de la *fièvre puerpérale,* que l'on voit ordinairement survenir dans les deux premiers jours qui suivent la délivrance, et principalement chez les primipares : tels sont les accidents qui peuvent le plus ordinairement survenir dans les premiers jours. On voit plus rarement apparaître la *nephrorrhagie*, suite de contractions abdominales considérables, la *névrite* par contusion du plexus sciatique (au moment de l'accouchement), les *paralysies* sans lésions des centres nerveux, avec ou sans convulsion, décrites par Fletwood Churchill, et enfin la *mort subite*, dont il faut admettre la possibilité.

A une époque plus avancée, on peut rattacher à l'accouchement : certaines *inflammations chroniques* des organes du bas-ventre, si les symptômes observés datent de l'époque de la parturition; des déviations utérines, et principalement la *rétroversion*, sans oublier que, chez certaines femmes, l'accouchement fait au contraire disparaître des déviations préexistantes; l'incontinence d'urine par le vagin, qui fait immédiatement soupçonner l'existence d'une *fistule vésico-vaginale,* facile à reconnaître par l'examen des organes, et qui se trouve ordinairement expliquée par le séjour trop prolongé de la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin, au moment de l'accouchement. Des accouchements répétés ont quelquefois aussi expliqué le *déplacement d'un rein*, reconnaissable à une tumeur molle et mobile dans le côté correspondant de l'abdomen; enfin, suivant quelques observateurs, certaines maladies chroniques, comme le carcinome utérin, sont généralement accélérées dans leur marche après l'accouchement.

B. — Lorsque la femme refuse d'avouer qu'elle a été mère, et que l'on soupçonne un accouchement antérieur plus ou moins ancien, le simple examen des parois abdominales vient ordinairement lever tous les doutes. Ces parois sont le plus souvent relâchées, ridées et le siége de cicatrices, d'éraillures sous forme de lignes blanchâtres, résultant de l'ancienne extension forcée de la peau du ventre. Le col utérin présente aussi, au toucher et par l'examen au spéculum, des signes manifestes d'une parturition antérieure, qui consistent en échancrures plus ou moins profondes (*Voy.* UTÉRUS). Le vagin est mou, large, peu ridé.

Quoique l'étude des signes d'un accouchement plus récent soit le plus souvent du domaine de la médecine légale, il me paraît utile de les rappeler succinctement. Ce sont : l'écoulement lochial, sanguin, séreux, puriforme ou muqueux, suivant son ancienneté; la tuméfaction et la contusion de la vulve; une déchirure plus ou moins profonde de la fourchette ou du périnée; le globe

utérin, douloureux à la pression, faisant saillie à l'hypogastre ; le col de l'utérus volumineux et son orifice béant ; et enfin la tuméfaction des mamelles, d'où l'on peut faire écouler du colostrum ou du lait, même lorsque la tuméfaction a disparu.

ACÉTONÉMIE. — *Voy.* INTOXICATIONS.

ACÉPHALOCYSTES. — *Voy.* HYDATIDES.

ACHOLIE. — Sous le nom d'*acholie*, Frérichs a décrit une affection dont les symptômes auraient la plus grande ressemblance avec ceux de certaines atrophies du foie (*ictère grave*) ; toutefois, dans l'acholie, l'ictère pourrait faire défaut. (*Traité des maladies du foie*, ch. v, 2e édit.).

ACHORION. — *Voy.* PARASITES (Végétaux).

ACHROMIE. — *Voy.* VITILIGO.

ACIDITÉ, ALCALINITÉ. — Les réactions acide ou alcaline que présentent les liquides de l'économie ne sont pas sensiblement modifiées par les maladies, comme l'a fait observer Andral (*Acad. des sc.*, 1848). Toutefois, les urines, au lieu d'être acides, sont alcalines au moment de leur émission dans la *néphrite chronique*, la *gravelle phosphatique*, la *myélite*. La salive est acide dans le *muguet* (peut-être après sa sécrétion), dans certains *glycosuries*, dans la *dyspepsie* dite acide ; tandis que les matières vomies peuvent être alcalines ou ammoniacales dans la *maladie de Bright* avancée.

Le médecin utilise l'acidité ou l'alcalinité de certains réactifs comme moyens d'investigation diagnostique. C'est ainsi que l'*acide azotique* sert à précipiter l'ALBUMINE de l'urine ou d'autres liquides de l'économie ; que l'*acide oxalique* fait précipiter les sels urinaires ; que l'*ammoniaque*, en formant avec les globules pyoïdes une masse gélatineuse, décèle la présence du PUS, et que la *potasse caustique* est employée, soit comme réactif de la GLYCOSE, soit comme moyen de déceler la présence de l'ammoniaque dans la matière des vomissements (*Voy.* URÉMIE).

ACNÉS. — En comprenant sous la dénomination commune d'acnés la plupart des affections des follicules sébacés, on en a compliqué beaucoup le diagnostic. Pour l'exposer aussi simplement que possible, il faut avoir principalement en vue l'acné vulgaire, évidemment la plus commune, et en rapprocher les autres formes, quoique toutes ne soient pas pustuleuses comme elle. Lasègne (*Traité des angines*, 1868) a tout récemment donné une extension nouvelle aux acnés en admettant une angine *acnéique* dont il sera question à l'article *pharyngite*.

1° *Eléments du diagnostic.* — L'acné simple présente à considérer : des petites *pustules* rouges, dures, acuminées, discrètes, occupant principalement le visage et le dos, et parfois mélangées de *tannes* ou de *follicules acuminés*, dont le pression fait sortir la matière sébacée ; des *petites croûtes*, parfois à peine visibles, adhérentes au sommet des pustules et qui tombent sans laisser de cicatrices après elles ; des *taches* d'un rouge violacé, plus ou moins persistantes, et succédant aux pustules. Ces différents éléments peuvent se trouver réunis chez le même individu.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'acné se présente avec ces signes locaux, occupant le front, le visage ou la partie supérieure du dos, et qu'elle se remarque chez des jeunes gens ou chez des jeunes filles, il n'est pas possible de la méconnaître, ni de la confondre avec une autre affection cutanée. Il en est de même de l'acné rosacée ou *couperose*. On rencontre cette dernière forme à l'*âge adulte ;* elle a pour caractère local différentiel de l'acné simple d'occuper exclusivement la *partie centrale du visage*, ou le *nez* seulement, et

d'offrir des pustules implantées sur un *fond rouge* plus ou moins enflammé, parfois *variqueux;* cette rougeur, à certains moments, peut constituer presque le seul signe apparent de la maladie.

Parmi les autres formes d'acné, les variétés dites *indurée*, *ponctuée, hypertrophique, cornée*, ne diffèrent de la forme simple que par des caractères secondaires; mais il n'en est plus de même des acnés dites *sébacée* (Biett), *varioliforme* (Bazin), *atrophique* (Chausit). On reconnaît l'acné sébacée : soit à une *couche huileuse* de liquide sébacé enduisant la peau du visage ou une de ses parties, le cuir chevelu ou toute l'étendue du tégument; soit à une couche *squameuse* ou *croûte* lamelleuse molle, d'abord peu adhérente, qui n'est que le produit sébacé solidifié, et sous laquelle la peau, rouge, animée, comme huileuse, montre à la loupe les ouvertures des canaux folliculeux dilatés et parfois obstrués. Ces croûtes lamelleuses deviennent noirâtres si elles sont anciennes, ce qui entraîne à des erreurs singulières de diagnostic. — On a donné le nom d'acné *varioliforme* (Bazin), *molluscoïde* (Caillault), de *molluscum contagiosum* (Bateman), d'*élevures folliculeuses* (Rayer), d'*ecdermoptosis* (Huguier), à des petites *tumeurs contagieuses*, globuleuses, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, distendues ou ridées, sessiles ou pédiculées, sans changement de couleur à la peau, ou rouges, ou comme demi-transparentes, et présentant, comme caractère essentiel, un *point noir ou blanc*, toujours visible à la loupe, et d'où la pression fait sortir, sous forme vermiculaire, la *matière sébacée*, qui montre au microscope des globules graisseux, des cellules d'épithélium et presque constamment, suivant A. Hardy (*Leçons*), des tubes ramifiés et des spores de *cryptogame.* Cet observateur avait cru d'abord voir dans ces spores l'explication de la contagion, mais il a reconnu plus tard que ce cryptogame se retrouvait souvent au milieu du sebum extrait d'un follicule à l'état normal (*Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, I, p. 352). Les tumeurs de cette acné varioliforme sont isolées ou confluentes et se remarquent principalement au *front*, au visage et aux *parties génitales*, où leur ombilic empêche de les confondre avec des tubercules syphilitiques (Hardy). — Enfin l'*acné atrophique*, que Chausit a décrite, est une affection cutanée dont la plupart des signes se retrouvent dans le lupus érythémateux (*scrofulide*), et dont elle ne me paraît pas suffisamment se distinguer par l'*état gras* de la surface cutanée, par la présence des *pertuis* infundibuliformes des follicules sébacés, par l'aspect piqueté, comme ponctué, des surfaces malades; car ces signes peuvent être une simple coïncidence (*Arch. de méd.*, t. XI, 1858).



Fig 1. — Demodex. — A, l'animal vu du ventre. — B, son vostre isolé. — C, son œuf.

Dans l'acné ponctuée, les petits points noirs analogues à des grains de poudre sont le sommet libre d'un amas de matière sébacée contenue dans le follicule, et dans laquelle le microscope rencontre quelquefois l'acare de Simon de Berlin *(demodex)*, *fig.* 1re. On le trouve aussi dans les autres variétés d'acné qui si rapprochent le plus de l'état physiologique, selon Bazin.

Il résulte de ce qui précède que les acnés ont pour caractère commun la lésion des follicules, et pour caractères distinctifs les différences qui résultent de cette lésion elle-même, de l'état des orifices folliculeux, de l'excrétion de la

matière sébacée et de son aspect sous forme de liquide huileux ou de croûtes lamelleuses ou ponctuées. On peut tirer aussi parti pour le diagnostic de quelques données étiologiques : l'acné rosacée est assez souvent la conséquence d'*excès alcooliques*, d'une prédisposition *héréditaire*, ainsi que j'en ai constaté plusieurs exemples, et peut-être aussi de l'exposition habituelle du visage à des *foyers incandescents ;* Biett a observé plusieurs fois l'acné sébacée à la suite de *couches*. Mais ce sont là des éléments secondaires de diagnostic auprès des signes locaux, les seuls caractéristiques. Les acnés sont des affections chroniques. On rencontre rarement des faits d'acné simple aiguë, avec fièvre initiale intense, comme j'en ai observé un cas à l'Hôtel-Dieu ; dans cette condition, comme dans toutes les autres, les caractères de l'éruption peuvent seuls permettre de reconnaître la maladie.

3° *Pronostic.* — Le pronostic de l'acné varie suivant son espèce, suivant son ancienneté et aussi suivant la constitution de l'individu. L'acné rosacée est la plus rebelle et fait souvent le désespoir des personnes du sexe ; elle ne guérit que rarement. Les autres formes peuvent se guérir assez rapidement ou persister pendant un temps plus ou moins long ; mais jamais ce n'est une affection grave.

ACOUMÈTRE. — *Voy.* OUÏE.

ACRODYNIE. — Cette maladie singulière, qui se montra épidémiquement à Paris de 1828 à 1832, et plus tard en Belgique (1846) et en Crimée (1854), a été observée à l'état sporadique dans ces dernières années. On l'avait à tort atribuée en 1828 et 1829 à l'ergotisme convulsif, comme cela a été prouvé par les recherches les plus récentes. Le Roy de Méricourt, constatant la ressemblance de la *trichinose* et de l'acrodynie dans le mode d'invasion, la marche, la durée et les terminaisons, pense qu'il y a identité entre les deux maladies (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1865, et *Gaz. hebdomadaire de méd.*).

Les phénomènes symptomatiques de l'acrodynie, qui est une affection apyrétique, se remarquent du côté de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'appareil locomoteur ou vers les organes digestifs. L'altération variable des *sensations tactiles* exagérées, diminuées ou abolies ; des *contractures*, des *crampes*, et l'*affaiblissement paralytique* des mouvements ; la *rougeur érythémateuse* des pieds et des mains, des *éruptions* papuleuses, pustuleuses, et quelquefois une éruption vésiculeuse ressemblant au zona, des furoncles, des phlyctènes, des taches ecchymotiques de couleur cuivrée, ou une *desquamation* plus ou moins répétée produisant un *amincissement* extrême de l'épiderme ; des *sueurs* aux extrémités avec *œdème* constaté dans les deux tiers des faits par Genest (1829), œdème le plus souvent partiel, mais quelquefois général ; de plus la *coloration* brune et même noirâtre de la peau dans diverses parties du corps, et notamment à l'abdomen, au cou, à la poitrine et au niveau des plis des articulations ; enfin une *conjonctivite* fréquente et des *troubles digestifs* assez ordinaires pour avoir été considérés comme fondamentaux : tel est l'ensemble des données symptomatiques du diagnostic. Si j'ajoute que l'évolution de ces phénomènes a été trop variable pour qu'on en pût tracer un tableau régulier, en raison de l'irrégularité de leur succession et de la prédominance de tel symptôme plutôt que de tel autre, on concevra combien il serait difficile, hors le cas d'une épidémie avérée, de ne pas méconnaître la maladie.

Chaque signe prédominant, en effet, peut être interprété dans la supposition d'une autre maladie. Les fourmillements, l'anesthésie ou l'hyperestésie, et la paralysie musculaire incomplète des membres, pourraient faire croire à une *lésion de la moelle épinière ;* et, s'il s'y joignait accessoirement de la contracture ou des crampes, cette coïncidence ne serait pas faite pour éloigner cette idée. La prédo-

minance des contractions spasmodiques ferait penser à la *contracture idiopathique;* les éruptions érythémateuses avec desquamation des extrémités supérieures, à la *pellagre;* les phénomènes nerveux et paralytiques avec la diarrhée, à l'*ergotisme convulsif*, avec lequel l'acrodynie a beaucoup de ressemblance; l'anasarque, à une *maladie de Bright;* et enfin la *coloration noirâtre* de la peau du cou et des articulations, à une *maladie* d'Addison (?).

Je n'insiste pas davantage sur le diagnostic de l'acrodynie qui, en général, n'a pas de gravité.

ADDISON (Maladie d'). — *Voy.* BRONZÉE (Peau ou maladie).

ADÉNIE. — *Voy.* CACHEXIE (lymphatique).

ADÉNITE, ADÉNOPATHIES. — Les recherches histologiques et physiologiques modernes ont profondément modifié l'état de la science au sujet des ganglions lymphatiques. Toutefois, au point de vue du développement de ces ganglions que l'on a dénommé adénite, adénopathie, les idées nouvelles ne sauraient empêcher d'en faire l'étude diagnostique comme auparavant. Je renvoie au mot CACHEXIES l'étude de la maladie désignée par Trousseau sous la dénomination insuffisante d'adénie.

Appliquée aux affections que l'on constate au niveau des ganglions lymphatiques, l'expression d'*adénopathies* est préférable à celle d'*adénites*, qui exprime seulement les lésions inflammatoires. Caractérisées toujours par le développement des ganglions, les adénopathies sont des tumeurs aiguës ou chroniques que l'on peut seulement constater dans les régions où les ganglions lymphatiques sont ou deviennent accessibles à l'exploration : principalement à la tête, au cou, aux aisselles, aux régions inguino-crurales et, plus rarement, sur les autres parties du tronc ou sur les membres. Or, comme les ganglions, dans ces régions diverses, sont les aboutissants des lymphatiques de parties du corps bien déterminées, il est nécessaire d'avoir bien présentes à l'esprit ces connexions anatomiques, afin de pouvoir facilement, un ganglion étant donné, explorer les parties d'où partent ses lymphatiques d'origine, ou bien aller au contraire d'une région aux ganglions qui lui correspondent.

1° *Caractères.* — Les adénopathies, aiguës ou chroniques, constituent des engorgements plus ou moins volumineux d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques, qui sont indolents, ou le siége d'une douleur sensible, surtout à la pression, et qui forment des tumeurs dures, superficielles ou profondes, tantôt mobiles et isolées et tantôt en masses inégales, bosselées, offrant dans les deux cas des saillies arrondies sur lesquelles glisse ordinairemeut la peau, à moins que l'inflammation, devenue péri-glandulaire, n'en ait provoqué l'adhérence à la tumeur. Parfois il survient de la suppuration dans le tissu conjonctif péri-glandulaire, ou dans la glande lymphatique elle-même. On sait que les plaies qui succèdent à ces abcès sont très-lentes à se cicatriser.

Les adénopathies forment des tumeurs visibles à l'extérieur, et parfois même d'un excessif volume au niveau des aisselles ou des aines, où l'on a vu les ganglions hypertrophiés acquérir la grosseur de la tête d'un enfant, dans des conditions dont il sera question tout à l'heure. Le plus souvent le volume des ganglions est bien moindre, et, quelquefois même, il faut une certaine attention pour constater à la palpation des engorgements ganglionnaires multiples qui pourraient échapper à l'exploration en raison de leur petit volume. Il y a plus : ce n'est que par des accidents indirects que l'on peut quelquefois soupçonner l'existence des tumeurs ganglionnaires qui ne peuvent être directement explorées. C'est ce qui arrive lorsque des glanglions profonds, intriqués dans les nerfs qu'ils compriment en se développant, produisent des paralysies, comme celle de

la portion extra-crânienne du nerf facial dans la syphilis constitutionnelle. D'autres accidents plus communs, surtout chez les enfants, sont ceux que détermine le développement des ganglions bronchiques produit par l'affection tuberculeuse ou par toute autre cause (*Voy.* BRONCHIQUES [Ganglions].

Les tumeurs ganglionnaires ont donné lieu à des erreurs de diagnostic contre lesquelles il faut être en garde. On a pris pour des *exostoses* de simples adénopathies sous-occipitales, à cause de leur position immédiate sur l'os. Une tumeur glandulaire de l'aine, un peu élastique en raison d'un foyer purulent qui existait à son centre, et avec laquelle coïncidaient une constipation opiniâtre et des vomissements de matières stercorales dus sans doute à un engouement stercoral, fut prise pour une *hernie étranglée* (Macilwain, *Surgical observ.*, 1830).

2° *Conditions pathologiques.* — A l'exception des causes traumatiques agissant sur les ganglions eux-mêmes, comme le froissement du col d'uniforme chez les soldats (Larrey, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI), les lésions locales qui donnent lieu à la production des adénopathies sont, suivant Velpeau, à qui l'on doit d'avoir insisté sur l'importance des lésions locales comme causes d'adénite, les *angioleucites* et toute *inflammation* superficielle de la peau, toute *plaie* ou *excoriation*, toute *éruption locale*, et même les *luxations* et les *fractures*, dans la zone anatomique des lymphatiques qui aboutissent aux ganglions engorgés (*Arch. de méd.*, 1836, t. X).

Certaines maladies générales ou constitutionnelles déterminent des adénites ou des adénopathies qui tantôt dépendent de lésions localisées de ces maladies générales, comme des lésions cancéreuses, scrofuleuses, diphthéritiques, et qui tantôt sont sous la dépendance de la maladie générale elle-même. Parmi ces dernières, je dois citer : la *tuberculisation* (carreau, adénopathie tuberculeuse des ganglions bronchiques), la *syphilis constitutionnelle* (adénopathies syphilitiques indolentes des aines, de l'aisselle, et surtout celles en chapelet à la partie postérieure et latérale du cou), le *cancer*, se généralisant dans les ganglions eux-mêmes (Bouillaud, *Arch. de méd.*, 1824 ; Broca, *Soc. anat.*, 1850), enfin la *cachexie*, appelée improprement leucocythémie lymphatique, donnant lieu à une hypertrophie spéciale parfois monstrueuse de la généralité des ganglions lymphatiques (*Voy.* CACHEXIES).

3° *Signification.* — Les adénites ou les adénopathies sont assez souvent de données séméiologiques qui servent de point de départ au diagnostic, lorsqu'on les constate de prime abord, à la simple vue ou à la palpation. D'autres fois, elles sont recherchées comme données complémentaires du diagnostic déjà établi ou encore incertain; c'est ce qui arrive, par exemple, s'il existe une des lésions extérieures qui peuvent donner lieu à l'adénite, s'il existe une angioleucite, si l'on constate une manifestation scrofuleuse d'une autre espèce que l'engorgement ganglionnaire, si enfin on soupçonne l'existence d'une syphilis constitutionnelle.

Quelle que soit la voie par laquelle on est arrivé à constater l'adénopathie, le point capital est de remonter à son origine, c'est-à-dire d'établir si elle a pour point de départ une lésion simplement locale ou l'une des affections générales précédemment rappelées. Velpeau a fait observer que l'origine locale de l'adénopathie n'était pas toujours facile à déterminer; il arrive, en effet, que la tuméfaction ganglionnaire persiste après la disparition de la lésion qui en a été l'origine. Si l'on songe alors à remonter aux commémoratifs, on arrive le plus souvent à déterminer cette cause, à moins que la lésion ait été trop légère pour attirer l'attention ou qu'un long, un *très-long intervalle* se soit écoulé entre le

début et le moment de l'observation. Lorsque le dérangement morbide existe encore, son siége dans l'épaisseur ou la profondeur des tissus ou son peu d'importance empêchent aussi quelquefois de le trouver. Il ne faut pas oublier non plus que l'on a admis des adénites idiopathiques, comme celles de l'aine dues à une marche forcée, et celles du cou signalées par H. Larrey. C'est principalement au niveau de l'aine que les adénites locales ont parfois une origine obscure, et qu'il est important de décider si l'on a ou non affaire à un BUBON.

On voit que la détermination de l'origine réelle des adénopathies peut présenter des difficultés. Or, en pareil cas, la généralisation ou la localisation des engorgements ganglionnaires dans des régions accessibles à nos moyens d'exploration est une condition qui peut avoir son utilité, comme cela ressort de l'exposé des conditions pathologiques des adénopathies.

Une distinction bien nécessaire à établir entre les lésions cutanées qui peuvent ou non produire des adénites est celle qui concerne les *syphilides* et les *affections cutanées vulgaires*. Ricord professe que les syphilides ne donnent jamais lieu à des adénopathies comme les maladies cutanées vulgaires, ce qui serait un caractère différentiel très-utile dans beaucoup de circonstances. Salneuve, qui a traité ce sujet avec soin dans sa thèse (1852), rappelle que l'eczéma, la gale, l'impétigo, le prurigo et le lichen aigu donnent lieu le plus souvent à la production d'adénites, et que l'on peut utiliser cette donnée en l'appliquant au diagnostic. Pour lui, un eczéma des parties génitales, qui a ordinairement une teinte brune, cuivrée, qui le fait prendre pour une syphilide, devra être considéré comme vulgaire si les ganglions de l'aine sont engorgés, et comme une syphilide s'ils ne le sont pas. Lorsqu'il existe en même temps une éruption cutanée de nature douteuse et une véritable syphilide, l'état différent des ganglions correspondants, ici sans altération et là manifestement engorgés, servirait, suivant le même observateur, à déterminer la nature différente des deux éruptions. Cependant, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que le principe distinctif fût absolu de part et d'autre; que les éruptions vulgaires fussent dans tous les cas accompagnées d'adénopathies, et que les syphilides ne le fussent jamais, ce qui ne me paraît pas suffisamment établi, du moins en ce qui concerne les éruptions vulgaires.

ADHÉRENCES. — L'étude diagnostique des adhérences des séreuses présente assez d'intérêt pour motiver cet article. Elles méritent, en effet, une attention particulière, soit en raison des *modifications qu'elles apportent dans les symptômes actuels* de la maladie qui en est l'origine, soit pour les *phénomènes consécutifs* qu'elles peuvent occasionner.

A. — La formation des adhérences se rattache intimement à l'inflammation des membranes séreuses dont elles sont toujours la conséquence. Les surfaces opposées de la séreuse se recouvrent de deux pseudo-membranes vascularisées qui s'unissent entre elles par leur tissu lamineux et par les anastomoses de leurs vaisseaux. Tantôt on peut prévoir leur formation au bruit de FROTTEMENT que fait percevoir l'auscultation, et tantôt elles s'organisent d'une manière latente au niveau d'une lésion locale, par suite d'une inflammation adhésive que l'on ne saurait que soupçonner, et non constater pendant la vie.

Ces adhérences latentes impriment assez souvent une physionomie insolite à des maladies thoraciques ou abdominales. D'abord elles s'opposent à des perforations intra-séreuses toujours redoutables; ensuite elles permettent à des collections purulentes ou à des kystes d'aller s'ouvrir dans une voie naturelle, au-delà des séreuses contiguës. Dans ce dernier cas, la rupture elle-même devient un signe des adhérences, si la lésion qui est le point de départ de cet accident,

ordinairement heureux, a été d'abord diagnostiquée (*Voy.* ABCÈS, COMMUNICATIONS MORBIDES).

B. — Les effets consécutifs des adhérences séreuses doivent être examinés dans les plèvres, le péricarde ou le péritoine.

Dans la plèvre, en effet, les adhérences expliquent simplement comment, à la suite de la pleurésie, le poumon étant aplati et bridé, les parois thoraciques s'affaissent et se rétrécissent à leur niveau; mais elles ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel ni à aucun signe particulier, si ce n'est peut-être à la faiblesse, à l'auscultation, du murmure respiratoire que l'on constate du côté affecté anciennement de pleurésie, et que Louis est disposé à considérer comme un effet de l'adhérence. Les adhérences des sommets des poumons chez les tuberculeux favorisent la cicatrisation des perforations pulmonaires, comme je l'ai signalé, lorsque la fistule pneumo-pleurale s'est établie dans le voisinage. Elles agissent alors en maintenant rapprochées les parois opposées de la plèvre, que le pneumo-thorax tend à écarter.

Les adhérences générales du *péricarde*, à la suite de la péricardite, ont été considérées comme une cause d'hypertrophie du cœur (Andral, Hope, etc.), en raison des efforts de contraction que l'on a supposés être la conséquence de cette lésion anatomique. Mais Skoda et Rokitansky regardent la dilatation du cœur comme étant plutôt la conséquence que la cause de ces adhérences. De son côté, le docteur Kennedy, de Dublin, a publié des recherches intéressantes sur cette question (*Union méd.*, 1859, t. II). En mettant de côté les faits dans lesquels il y avait des lésions valvulaires, il a pu réunir quatre-vingt-dix cas d'adhérences partielles ou totales du péricarde avec lesquelles le cœur était sain dans trente-quatre cas, et malade dans cinquante-six. Ces derniers comprenaient cinquante et une hypertrophies, avec ou sans dilatation des cavités, et cinq atrophies. — En présence de ces résultats, la question est-elle jugée? Non assurément, car il est impossible de démontrer qu'il y a relation de cause à effet entre les adhérences et les lésions. Relativement aux signes de l'adhérence, Kennedy fait observer avec raison, avec le docteur Bellingham, qu'il est oiseux de vouloir trouver un signe diagnostique unique. Il rejette l'étendue des battements du cœur sur une large surface, signe à la valeur duquel il avait cru d'abord, ainsi que les signes indiqués par Hope et Saunders, qui font défaut dans un grand nombre de cas, et qui n'indiquent d'ailleurs pas, suivant lui, l'adhérence d'une manière absolue. Cette dernière remarque peut s'appliquer au signe proposé par le professeur Law, c'est-à-dire à la matité précordiale persistante, quelle que soit la position que prenne le sujet.

Quant au *péritoine*, il est fréquemment le siége d'adhérences limitées pouvant former des brides qui donnent lieu à des étranglements intestinaux (*Voy.* OBSTRUCTIONS INTESTINALES), ou bien qui fixent un organe dans une position vicieuse, soit une anse intestinale, ce qui gêne le cours des matières (Cossy), soit l'utérus, qui se trouve ainsi dévié d'une manière permanente et qu'il y a du danger à vouloir redresser violemment. Lorsque l'on soupçonne l'existence d'adhérences de cette espèce, il faut s'enquérir avec soin des antécédents. Presque toujours alors on apprend que l'abdomen et surtout le bas-ventre chez la femme, a été le siége d'une maladie inflammatoire plus ou moins grave, ce qui donne de grandes probabilités pour l'existence des adhérences que l'on soupçonne. D'après Bright, lorsque des adhérences se sont formées entre le péritoine et les viscères abdominaux, on éprouverait au toucher, en palpant le ventre, une sensation toute particulière, qui varie entre la crépitation produite par l'emphysème et la sensation que donne le froissement d'un cuir neuf entre

les doigts (Lasègue, *Arch. de méd.*, 1859). A-t-on constaté après Bright ce signe d'adhérences péritonéales? Je ne connais que Boinet qui, dans un Mémoire publié en 1860, *sur le diagnostic des tumeurs du ventre* (*Gaz. hebdom.*), ait parlé après l'auteur anglais de la sensation particulière « de crépitation et de frottement » que l'on éprouve en palpant les téguments au niveau d'adhérences existant entre la tumeur et le péritoine pariétal. Il a en outre émis l'opinion que l'on pouvait, jusqu'à un certain point, reconnaître l'existence de ces adhérences en faisant aller et venir, par un mouvement de glissement, les parois de l'abdomen sur les parties antérieures et latérales des tumeurs, ou en soulevant ces parois si elles sont relâchées.

Quoi qu'il en soit de ces adhérences limitées du péritoine, il ne faut pas perdre de vue qu'elles peuvent être plus étendues et agglomérer un paquet d'anses intestinales; il en résulte alors une masse intra-abdominale qui simule une tumeur par sa matité et sa résistance circonscrite. Becquerel a communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1855) un fait dans lequel des adhérences de cette espèce simulaient une hypertrophie de la rate. Lorsque l'erreur n'est pas inévitable, et que le caractère des tumeurs de cette espèce est douteux, un interrogatoire rigoureux sur les antécédents pourrait peut-être faire arriver à des probabilités diagnostiques.

ADIPEUX (Éléments). — *Voy.* STÉATOSE et TRANSFORMATION GRAISSEUSE.

ADYNAMIE. — Ce mot, compris d'abord dans un sens très-étendu, l'a été de nos jours dans un sens beaucoup plus restreint. On doit, avec Vogel, considérer l'adynamie comme un terme générique applicable à la diminution ou à l'abolition complète de l'énergie des mouvements volontaires et des sensations, et à l'affaiblissement des fonctions en général. L'asthénie et la prostration ne sont que de l'adynamie, de même que le collapsus, qui est seulement remarquable par la rapidité de son invasion. Chercher à établir des caractères distinctifs tranchés entre ces différentes dénominations, au lieu de les comprendre dans l'adynamie, serait se livrer à des considérations subtiles sans aucune utilité réelle.

C'est pour ne pas avoir compris l'adynamie comme synonyme de prostration *symptomatique* plus ou moins considérable, que plusieurs auteurs ont groupé, comme caractères de l'adynamie, certaines particularités qui doivent être distraites de sa description, puisqu'elles se rapportent plutôt aux affections dans lesquelles on les observe. La *faiblesse* plus ou moins considérable du malade, avec incapacité de se mouvoir ou de se tenir sur son séant sans qu'il y ait paralysie, son *indifférence* sur son état, un *pouls faible*, avec ou sans fréquence, suffisent pour caractériser l'adynamie. En y joignant la *stupeur*, les *fuliginosités* des dents, un *délire* tranquille, on décrit l'état pathologique que l'on a compris sous la dénomination d'état TYPHOÏDE. C'est cet état pathologique qui a été si longtemps confondu avec la fièvre thypoïde, dans laquelle il se rencontre plus fréquemment que dans aucune autre maladie, mais qui n'est pas, sous le nom mal compris de *typhus*, une maladie particulière, comme on l'a répété de nos jours.

On est assez généralement disposé à accepter que l'adynamie tient à une contamination du sang, tout en ignorant en quoi elle consiste. Ce qui est acquis à la science et à la pratique, c'est que l'adynamie, constituant ou non l'état typhoïde dont il a été question, se rencontre dans une foule d'affections : l'*affection typhoïde*, le *typhus* et toutes les maladies par *empoisonnement miasmatique*, ingestion de substances *toxiques*, inoculation de *venins* ou de *matières styptiques;* dans les affections *gangréneuses*, dans la *phlébite*, cer-

taines *pneumonies*, *hépatites*, *dyssenteries*; dans les fièvres éruptives graves, et principalement dans les *varioles confluentes* (période de suppuration); en un mot dans toutes les maladies ou fièvres graves.

Il résulte de là que l'on peut conclure à un état général grave quelconque de l'économie, lorsque l'on constate l'existence de l'adynamie. Quelle est la nature de cet état grave? C'est ce que la recherche de l'ensemble des données diagnostiques, qui conduit à la connaissance de la maladie qui en est l'origine, met à même de décider, autant du moins que le permettent nos moyens d'investigation.

AÉRIENNES (Voies et cavités). — *Voy.* RESPIRATOIRES (Voies).

AFFAIBLISSEMENT, AFFAISSEMENT. — *Voy.* FORCES.

AGES. — Les modifications anatomiques et physiologiques qui surviennent dans les deux sexes, par suite de l'âge, ont une influence notable sur la production exclusive ou prédominante de certaines maladies, aux différentes périodes de la vie humaine. Il résulte aussi de ces modifications anatomo-physiologiques des différences plus ou moins notables dans les particularités des maladies communes à toutes les périodes. Ces deux points de la question de l'influence de l'âge sur les maladies, à savoir : les maladies propres à certains âges et les modifications des manifestations seméiologiques propres à chacun d'eux, constituent les données qui sont le plus utiles à examiner. Ce sont les seules que je rappellerai dans cet article, où je n'adopterai pas la division complexe des âges en enfance, adolescence, jeunesse, virilité, âge de retour et caducité, mais simplement la distinction en enfance, âge adulte et vieillesse : distinction qui suffira parfaitement aux considérations diagnostiques que je vais exposer, et desquelles j'écarterai avec soin toutes les opinions vagues et les assertions sans preuves, dont on a tant abusé à propos des âges.

A. MALADIES EXCLUSIVES OU PRÉPONDÉRANTES AUX DIFFÉRENTS AGES. — L'âge adulte est, avec raison, considéré comme un type intermédiaire auquel se rapportent principalement les descriptions générales des maladies dans les traités généraux de pathologie. Il en est de même dans la plupart des articles de cet ouvrage. Il me suffira donc ici de comparer ce qui a rapport à l'enfance et à la vieillesse, en faisant seulement remarquer, relativement à l'âge adulte, que, chez l'homme et la femme, c'est la période de la vie où les organes de la génération ont leur plus grande ou presque leur seule activité, que les maladies de ces organes sont le plus fréquentes.

D'après Barthez et Rilliet, qui ont traité la question dans leur *Traité des maladies des enfants*, plus l'enfant est jeune, plus fréquentes sont les affections qui résultent d'une organisation faible et incomplète. L'enfant naissant peut présenter d'abord des traces de maladies guéries pendant la vie intra-utérine. Ce sont des *monstruosités* ou des *vices de conformation* résultant, soit de la suspension ou de la diminution d'accroissement d'un organe resté au degré d'organisation dans lequel la maladie l'a surpris, soit de la déviation du travail d'accroissement, soit enfin d'une perte de substance qui a été suivie d'un travail réparateur analogue à celui de la cicatrisation. Au lieu de ces difformités consécutives, parfois l'enfant est encore affecté de maladies développées pendant la vie intra-utérine, et qui n'ont pas parcouru toutes leurs périodes à la naissance. Ce sont : « 1° des *inflammations* diverses : pneumonie, pleurésie, entérite, péritonite; 2° des *hydropisies* : hydrocéphale, hydrothorax, ascite, anasarque; 3° des *hémorrhagies*; 4° des *convulsions*; 5° des *fièvres continues* et notamment la variole et la rougeole; 6° la *fièvre intermittente*; 7° des *maladies organiques*, telles que les tubercules et le rachitisme; 8° les *entozoaires*;

9° diverses formes de la *syphilis;* 10° enfin des *maladies chirurgicales :* contusions, plaies, fractures, luxations, hernies et même amputations spontanées » (*Loc. cit.*, t. I). Il est probable que cette énumération est uniquement basée, pour plusieurs de ces affections, sur les constatations anatomiques, ce qui réduit le nombre des maladies qui se révèlent par des symptômes particuliers.

Sans m'arrêter aux affections qui résultent immédiatement de certaines conditions de l'accouchement lui-même, parmi lesquelles je mentionnerai le *céphalématome* et surtout la *paralysie faciale* qui résulte de l'application du forceps et de la compression du nerf facial (Landouzy), je rappellerai comme maladies se développant peu après la naissance : « l'établissement incomplet de la respiration (*atélectasie*), les *hémorrhagies,* l'*érésipèle ombilical,* la *péritonite,* l'*entérite,* l'*ictère,* le *sclérème,* la *gangrène* des extrémités, les *coliques* ou tranchées, le *muguet,* le *coryza,* l'*ophthalmie purulente,* la *syphilis,* l'*hypertrophie du thymus.* En outre, le *spasme de la glotte,* les *convulsions* toniques ou cloniques et les *catarrhes* ne sont pas rares à cet âge et lui sont communs avec la période suivante, c'est-à-dire avec le temps de la première dentition. »

Tout en faisant remarquer l'exagération de l'opinion du vulgaire, qui attribue à la première dentition la plupart des maladies du jeune âge, Barthez et Rilliet considèrent cette période comme féconde en actes morbides qui, sans dépendre de la *dentition,* s'y rattachent cependant. Le sevrage leur paraît avoir plus d'influence sous ce rapport que la dentition elle-même. Les maladies de l'appareil digestif, les aphthes, la stomatite, la diarrhée, les entérites aiguës et chroniques, les invaginations, sont très-fréquentes. Les gourmes, les affections convulsives diverses, la méningite simple, les catarrhes laryngés, trachéaux, bronchiques, et la broncho-pneumonie se présentent fréquemment aussi. Le rachitisme n'est pas rare, et la tuberculisation commence à paraître, sans avoir la fréquence qu'elle atteint dans les âges suivants.

Les affections presque spéciales aux enfants âgés de *deux à six ans* sont : « la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine couenneuse, la laryngite spasmodique (pseudo-croup), le croup, la coqueluche, les oreillons, la gangrène de la bouche, les vers intestinaux, le favus, l'impétigo du cuir chevelu, la tuberculisation, les fièvres éruptives et les maladies qui en dérivent. »

Outre la tuberculisation et les fièvres éruptives, on rencontre plus spécialement de *sept à quinze ans,* « la pneumonie lobaire, le rhumatisme, la pleurésie, la péricardite, les inflammations primitives du tube digestif, la méningite simple la chorée et la fièvre typhoïde. » Cette dernière énumération n'a d'importance que par la comparaison de l'âge de sept à quinze ans avec les âges antérieurs car, si l'on excepte la *chorée* et peut-être les inflammations primitives du *tube digestif,* toutes les autres maladies sont principalement observées chez les adultes.

Une circonstance importante à noter chez les jeunes sujets, et qui ressort des relevés statistiques faits avec soin, c'est la fréquence plus grande que chez l'adulte de l'endocardite qui survient dans le cours du rhumatisme articulaire comme origine des affections du cœur (*Mém. de la Soc. d'obs.*, t. III).

Quoique la plupart des maladies qui se rencontrent chez les *vieillards* puissent se montrer chez les adultes, il en est un certain nombre qui, par leur fréquence beaucoup plus grande dans la vieillesse, méritent d'être signalées. On doit à Prus, sur ce sujet, un relevé important de onze cent cinquante-cinq observations recueillies par lui à Bicêtre, pendant trois années consécutives, et d'où il résulte que les *six dixièmes* des maladies ayant affecté les vieillards

âgés de soixante à quatre-vingt-dix ans, étaient par égale part, à peu de chose près : 1° des *maladies des centres nerveux* et de leurs enveloppes; 2° des *maladies des organes respiratoires*. Dans près de deux dixièmes, les *organes digestifs* étaient atteints, et dans un autre dixième, les *organes de la circulation*. Le reste des sujets, un peu plus d'un dixième, présentait les maladies les plus diverses (*Mém. de l'Acad. de méd.*).

Durand-Fardel, dans son *Traité des maladies des vieillards* (1854), comprend, parmi les affections des centres nerveux, ou plutôt du cerveau et de ses enveloppes, la *congestion cérébrale*, l'*hémorrhagie*, le *ramollissement* aigu ou chronique du cerveau, l'*hémorrhagie des méninges* et la *méningite*. — Empis, dans un intéressant mémoire, a décrit sous la dénomination d'*affaiblissement musculaire progressif* des vieillards une maladie caractérisée par cet affaiblissement, réparti uniformément sur tous les muscles de la vie animale, s'accompagnant plus ou moins d'amaigrissement, d'une décoloration des tissus, d'une tendance aux vertiges et aux étourdissements, de gastralgie, de troubles dyspeptiques, d'oppression, d'étouffements et de battements de cœur (*Arch. de méd.*, 1862, t. XIX). — Les maladies des voies respiratoires, suivant le même auteur, sont la *pneumonie*, que l'on sait si commune comme maladie ultime chez les sujets avancés en âge, et les *affections catarrhales*, dans lesquelles il range la bronchite aiguë ou chronique, la bronchorrhée, l'emphysème, la dilatation des bronches et l'asthme. — Comme affections principales des organes digestifs des vieillards, il faut noter la *dyspepsie*, l'*embarras gastrique*, la *gastrite chronique* et l'*entérite*. Les maladies de l'*appareil biliaire*, annexe des organes digestifs, méritent aussi d'être mentionnées, malgré leur peu de fréquence, comme affections chroniques. — L'*appareil urinaire* est plus souvent atteint chez les vieillards qu'à tout autre âge de la vie; et, quoique ces affections soient considérées plutôt comme étant du ressort de la chirurgie que de la médecine, et qu'elles aient par cela même été négligées par Prus, elles n'en méritent pas moins une mention spéciale : l'hypertrophie de la prostate, la stagnation de l'urine dans la vessie, la rétention d'urine, l'incontinence urinaire et le catarrhe vésical, ne sauraient être en effet oubliés. — Enfin, Durand-Fardel rappelle avec raison la *goutte*, le *rhumatisme goutteux* et certaines *affections de la peau*, telles que l'érysipèle chronique, le prurigo, le pemphigus, comme maladies de la vieillesse; non pas qu'il soit prouvé que toutes sont plus fréquentes chez le vieillard que chez l'adulte, mais sans doute parce que les unes prennent avec l'âge tout leur développement, comme la goutte et le rhumatisme goutteux, et que les autres se développent dans des conditions spéciales à la vieillesse, auxquelles elles empruntent des caractères particuliers.

Je ne saurais entrer dans de plus grands détails relativement aux maladies de l'enfance et de la vieillesse, dont l'étude diagnostique se trouve d'ailleurs comprise dans autant d'articles à part. Je passe donc, pour terminer les généralités de cet article, à la seconde question que je me suis posée.

B. Influence de l'âge sur les manifestations symptomatiques. — Cette influence porte sur le caractère général des maladies et sur les symptômes ou signes en particulier.

Quant aux *symptômes généraux*, on a fait remarquer avec raison que de l'activité de la circulation et de la nutrition dans l'enfance résultaient l'acuité habituelle des maladies, l'intensité des réactions fébriles et la fréquence des phénomènes aigus dits sympathiques, et des manifestations pathologiques vers la périphérie. De l'insuffisance ou plutôt de la décadence graduelle de la nutrition chez le vieillard, chez lequel la circulation capillaire artérielle devient de plus en

plus languissante, résulte, au contraire, l'obtusion du mouvement fébrile, la concentration du travail pathologique vers les organes internes, l'adynamie, et le caractère chronique de la plupart des maladies.

L'influence de l'âge sur les *symptômes en particulier* n'est pas moins remarquable. On peut opposer encore ici l'exagération des caractères du symptôme local qui se constate pendant la première période de la vie, à l'atténuation de ces mêmes caractères pendant la vieillesse, où les maladies latentes sont relativement si fréquentes. — Je ne pourrais, sans redites inutiles, rappeler les différences que les âges extrêmes apportent à l'expression des symptômes, et principalement des signes physiques; ce sujet est traité à propos de chaque mode d'exploration, ou à propos des organes ou des signes considérés à part.

Parmi les auteurs qui ont traité cette question de l'influence des âges sur les maladies, il en est qui ont développé des considérations plus ou moins séduisantes, et émis des opinions plus ou moins ingénieuses, que je n'ai pas cru devoir rappeler; car en les voyant dénuées de toute preuve, on en est réduit à douter qu'elles soient vraies, et par conséquent à les négliger comme données pratiques.

AGITATION. — Les mouvements désordonnés, avec ou sans animation de la face, qui constituent l'agitation dans le cours des maladies, résultent d'un état de malaise douloureux, de nature variable, éprouvé par le malade, d'un état fébrile; ou bien l'agitation constitue l'une des manifestations du délire. Dans ces deux circonstances, l'agitation est un signe secondaire qui peut servir de point de départ au diagnostic, mais qui perd de son importance apparente aussitôt que l'on a recueilli les autres signes. Cependant l'agitation et l'animation des traits alternant avec de la faiblesse, de l'inquiétude, etc., ont une certaine valeur comme prodrome de la RAGE (*Voy.* aussi ANXIÉTÉ).

AGONIE. — L'altération des traits, la lividité des lèvres, la pâleur cadavéreuse du visage, parfois humecté d'une sueur froide; le refroidissement des extrémités; la faiblesse extrême des mouvements et de la voix; la carphologie; l'abolition progressive du sentiment et des facultés intellectuelles; parfois la fixité des yeux, l'immobilité des paupières et, si l'agonie se prolonge, la dessiccation de la partie de la cornée qui reste exposée à l'air; la sécheresse de la langue; la difficulté de la déglutition et la pénétration dans les voies aériennes, d'où ils ne peuvent être expulsés par la toux, des liquides introduits dans le pharynx; une respiration lente ou fréquente, inégale, suspirieuse, bruyante, tantôt sèche, et le plus ordinairement accompagnée d'un râle trachéal plus ou moins abondant, entendu à distance, et entrecoupé quelquefois d'expirations plaintives; un pouls inégal, intermittent, de moins en moins sensible, fuyant sous le doigt; parfois des déjections involontaires; et enfin, lorsque l'intelligence se conserve jusqu'au dernier moment, l'obscurcissement de la vue précédant de peu d'instants le dernier soupir : tels sont les signes habituels de l'agonie. La durée de l'agonie est variable, de plusieurs heures à plusieurs jours, et de vingt-quatre heures en moyenne.

On ne conçoit guère l'agonie sans que la mort en soit la conséquence naturelle; et c'est ce qui a lieu le plus ordinairement. On ne peut nier toutefois que l'agonie, sans atteindre sa plus grande intensité, ne puisse s'arrêter dans certains cas, et que la guérison ne puisse survenir spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié. Seulement ce sont des faits très-exceptionnels.

AIGUËS (Maladies). — *Voy.* MALADIES.

AINE, AISSELLE. — J'ai peu de mots à dire de ces deux régions, qui présentent entre elles une certaine analogie. Elles sont l'une et l'autre le siége

de tumeurs ganglionnaires (ADÉNOPATHIES) et d'abcès. C'est dans le voisinage de la partie antérieure de l'aisselle, aussi bien qu'au-dessus de l'aine, que se rencontrent plus particulièrement l'éruption et la desquamation scarlatineuses quand elles ne sont pas généralisées, et que l'on trouve le plus fréquemment aussi les sudamina qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde. L'aine présente des hernies et des bubons vénériens comme lésions qui lui sont particulières.

AIR. — *Voy.* GAZEUX (Fluides).

ALALIE. — Van Swieten a défini ce mot comme exprimant l'abolition du langage articulé. Comme l'a fait remarquer Jaccoud en traitant cette question au point de vue des idées anatomiques et physiologiques modernes, c'est par une regrettable confusion qu'on a considéré comme synonymes les mots aphasie, aphémie et alalie, ce dernier exprimant le fait général de l'abolition du langage articulé, avec ou sans conservation de l'intelligence. Ainsi envisagé, le mot alalie doit être conservé en clinique, comme exprimant un fait à interpréter par le praticien dans ses différents modes de manifestation. Nous croyons donc que Jaccoud a rendu service à la clinique médicale en appelant l'attention sur ce point (*De l'Alalie et de ses diverses formes*, *Gaz. hebd.*, 1864). C'est en puisant dans son intéressant travail que je vais exposer ce qui concerne le symptôme *alalie*, en faisant remarquer que la production du langage articulé me paraît résulter, comme à la plupart des pathologistes, d'un travail intellectuel, nerveux et musculaire beaucoup plus complexe que celui auquel on a voulu le borner. Comme Cerise l'a dit avec raison, la pensée est la parole intérieure, comme la parole est la pensée extérieure.

1° *Caractères.* — Jaccoud fait remarquer avec raison, quoique peut-être un peu trop mathématiquement, que l'alalie ne saurait être bien comprise qu'à la condition d'être divisée en cinq espèces, correspondant aux cinq opérations physiologiques saisissables du langage articulé qui exprime la pensée. Ce sont : le souvenir des mots, l'excitation psychique volontaire au centre fonctionnel moteur, la coordination des mouvements partiels, la transmission de l'impulsion, motrice par les nerfs, et enfin la contraction normale des muscles. L'alalie peut donc se rattacher : 1° à la paralysie de la langue elle-même ; 2° au défaut de coordination dans le centre moteur ; 3° à l'interruption de la transmission volontaire (forme signalée par Lichtenstein sous le nom de *laloplégie*) ; 4° à l'oubli des mots qui expriment la pensée (*amnésie verbale*) ; 5° enfin à l'hébétude (mot de Jos. Frank).

Les trois premières formes ont pour caractère commun important, l'*intégrité de l'intelligence* et de la *mémoire*. Le malade pense et comprend, mais il ne peut exprimer sa pensée ni répondre par les mots ; il comprend ce qu'il lit sans pouvoir lire à haute voix. Quand il y a paralysie de la langue, il y a *impossibilité de la mouvoir* et d'émettre autre chose que des sons inarticulés. Dans le défaut de coordination, il en est de même, mais *la myotilité de la langue est intacte*. Lorsqu'il y a interruption de la transmission volontaire, il y a aussi conservation des mouvements de la langue, mais *impossibilité* d'exécuter l'acte volontaire de la parole, qui est complétement abolie, sauf pour quelques monosyllabes, qui sont bien prononcées. Dans l'alalie par amnésie verbale, il y a aussi conservation de l'intelligence, *perte totale ou partielle de la mémoire des mots*, conscience de l'infirmité, impossibilité de la lecture et de l'écriture, intégrité des mouvements de la langue. Enfin dans l'alalie par hébétude, il y a *intégrité de la fonction du mécanisme moteur de la parole,* mais paroles machinalement prononcées et sans liaison avec la pensée qui fait défaut, l'intelligence étant perdue.

2° *Conditions pathologiques.* — Je n'insiste pas sur la paralysie de la langue, qui est liée à la première forme d'alalie et qui dépend d'une lésion des nerfs périphériques ou du cerveau.—Le Dr Jaccoud s'est appuyé sur les remarquables travaux de Stilling et de Schroder van der Kolk, pour indiquer le siége anatomique de la condition pathologique de l'alalie qui est caractérisée par un défaut de coordination des mouvements exécutant la parole. Les lésions qui la produisent *occuperaient la moelle allongée* d'où proviennent les nerfs hypoglosses, les glosso-pharyngiens, les faciaux, les accessoires de Willis et les trijumeaux, tous annexés par l'intermédiaire des corps olivaires, nerfs qui président concurremment à l'accomplissement des mouvements. — La forme d'alalie par interruption de la transmission volontaire a pour origine une lésion des fibres nerveuses qui unissent la moelle allongée aux hémisphères cérébraux, en passant par les couches optiques et les corps striés; le plus souvent il y a ramollissement des corps striés et presque toujours du gauche. Lorsque les hémisphères sont atteints, c'est alors que l'on rencontre le siége remarquable de la lésion au niveau des circonvolutions frontales gauches (surtout la troisième, qui a été signalée par Broca). — Quant aux alalies par amnésie verbale ou par hébétude intellectuelle, je ne m'y arrête pas, en faisant remarquer que celle par amnésie peut être passagère et n'être en apparence liée à aucune lésion, tandis que la seconde dépend toujours d'une lésion plus ou moins grave de l'ancéphale.

3° *Signification.* — D'après ce qui précède, il est évident que l'on a tort de continuer à confondre l'aphasie avec l'alalie, dont elle n'est qu'une expression particulière, se rapportant aux variétés intermédiaires que j'ai rappelées d'après Jaccoud, c'est-à-dire à la seconde forme, à la troisième et exceptionnellement, quoi qu'on ait dit, à la quatrième, l'amnésie verbale. L'exposé que j'ai fait de ces formes et de leurs conditions pathologiques suffit, il me semble, pour établir la signification de l'alalie. Je n'ai fait, il est vrai, qu'indiquer les parties affectées par les lésions au lieu des lésions mêmes. Ces lésions sont variables; mais pour le cerveau, c'est le ramollissement qui est le plus souvent observé. Aussi Lancereaux a-t-il été conduit à faire du trouble du langage articulé un signe positif du ramollissement cérébral, et qui le distinguerait de l'hémorrhagie. C'est ce qui explique aussi comment on a signalé les lésions des valvules cardiaques, rencontrées six fois sur neuf cas d'hémiplégie droite avec aphasie, comme ayant un certain rapport avec ces derniers phénomènes symptomatiques (Hughlings Jackson). Cette coïncidence s'explique par la relation des embolies cardiaques avec les lésions valvulaires (Kirkes) et par la production du ramollissement par la pénétration de ces embolies dans les artères cérébrales. On a remarqué justement que l'artère cérébrale moyenne se distribue dans la troisième circonvolution du lobe antérieur du cerveau. Ces particularités ne doivent pas être perdues de vue (*Voy.* APHASIE, et les articles qui se rapportent aux questions particulières soulevées dans celui-ci.)

ALBINISME. — La décoloration générale et congénitale de la peau qui est d'un blanc mat ou de lait, l'aspect soyeux et blanc des cheveux et des poils, la couleur rosée de l'iris, l'impressionnabilité extrême de la rétine à la lumière, constituent les caractères principaux de l'albinisme ou des sujets dits *albinos*. On ne peut dès lors les méconnaître. Ils ne présentent d'ailleurs aucune particularité qui intéresse le praticien, si ce n'est leur faiblesse générale ou même leur dégradation physique et intellectuelle. Le VITILIGO est une sorte d'albinisme partiel.

ALBUMINE. — L'étude de l'albumine, envisagée seulement au point de

tue de ses applications cliniques, est encore complexe; aussi, pour la révision de cet article, ai-je cru nécessaire d'avoir recours aux lumières du docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, et si compétent en pareille matière.

Il suffit de rappeler que l'albumine entre pour 75 à 85 millièmes dans la composition du sang, pour faire comprendre l'importance de cet élément organique dans l'économie. L'albumine ne diffère de la fibrine que par le mode différent de coagulation de ces deux principes, cette coagulation ayant lieu spontanément et à froid pour la fibrine, et constituant la trame du caillot sanguin, tandis que la coagulation de l'albumine dissoute dans le sérum du sang n'a lieu que par l'action de différents réactifs et par la chaleur. C'est cette coagulation de l'albumine que l'on provoque et que l'on met à profit dans la pratique, pour reconnaître la présence de cet élément du sang dans des liquides où, dans son état de dissolution, il échapperait à l'attention. Cette recherche de l'albumine 1° dans l'urine, 2° dans d'autres liquides que l'urine, est l'objet de cet article.

A. Constatation de l'albumine dans l'urine. — On admet généralement que l'albumine est un produit pathologique lorsqu'on la rencontre dans l'urine, attendu qu'elle n'y existe pas dans l'état physiologique.

Rien à la rigueur dans l'aspect extérieur de l'urine, si ce n'est la présence du pus ou du sang, ne peut indiquer qu'elle contient de l'albumine; et c'est à la physique et principalement à la chimie que l'on doit avoir recours pour découvrir ce principe dans l'urine, où sa quantité, suivant Frérichs, varie de 2,5 à 15,0 pour 1,000. Mais la quantité d'albumine *sèche* descend bien au-dessous du chiffre 2,5, qui est déjà élevé dans les cas les plus ordinaires. Voici quels sont les moyens de constatation et de dosage de l'albumine dissoute, et les causes d'erreur qui peuvent se présenter.

1° Les moyens de constater l'albumine dissoute dans l'urine sont les réactifs qui la coagulent, et la polarimétrie. Mais ce dernier procédé, basé sur la propriété qu'ont les liquides albumineux de dévier la lumière polarisée à gauche, tandis que la glycose en dissolution la fait dévier à droite, nécessite l'emploi d'un appareil compliqué qui a été imaginé par Becquerel, et qui oblige à faire subir au liquide urinaire des préparations particulières qui ne sauraient être facilement employées dans la pratique (*Arch. de médecine*, 1850, t. XXII). Je ne vais donc m'occuper que des réactifs.

Toutes les fois que l'urine donne un précipité par la *chaleur* et par l'*acide nitrique*, sans en fournir par l'*acide acétique*, elle est albumineuse, et le précipité est de l'albumine, a dit avec raison Rayer. Les deux premiers réactifs, chaleur et acide nitrique, sont les seuls que l'on emploie le plus habituellement dans la pratique. — *Chauffée dans un tube de verre* à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, ou au-dessus de la flamme d'une bougie, l'urine albumineuse, qui se coagule à 70° et au-dessus, et que l'on chauffe ordinairement jusqu'à l'ébullition, se trouble d'abord et présente un *nuage* opalin, laiteux, qui se rétracte bientôt et se dépose en grumeaux plus ou moins abondants. — L'*acide nitrique*, versé dans l'urine albumineuse, y produit un précipité plus manifeste, sous forme d'un nuage distinct, disposé comme une sorte de disque qui se précipite le plus souvent. Ce nuage est opalin, grisâtre ou d'un beau blanc parfois rosé. Quelquefois l'acide nitrique fait prendre l'urine en masse, quand la quantité d'albumine est considérable. Une trop grande quantité d'acide azotique crisperait le précipité et le réduirait de volume, comme le fait une ébullition trop prolongée; il faut donc verser l'acide *goutte à goutte* dans le tube, jusqu'à ce que le précipité reste stationnaire.

De l'eau contenant moins d'un millième d'acide chlorhydrique ou azotique dissout ou gonfle les matières albuminoïdes; et, en ajoutant une nouvelle quantité d'acide à la liqueur, la matière albuminoïde se dépose.

Ceci explique comment on peut méconnaître l'existence d'une quantité notable d'albumine dans l'urine. Lorsqu'on ajoute à ce dernier liquide moins d'un millième d'acide azotique pur, ce qui peut arriver par exemple si on se sert d'un tube vidé dans lequel on a déjà traité de l'urine par quelques gouttes d'acide azotique, on n'obtient pas de coagulation de l'albumine par la chaleur, comme je l'ai fréquemment expérimenté. L'urine reste alors transparente, et le précipité se forme dès qu'on ajoute de l'acide en quantité suffisante.

Il peut arriver que des urines *non albumineuses*, traitées ou non soit par la chaleur, soit par l'acide azotique, présentent des précipités qui en imposent pour de l'albumine et qu'il faut savoir en distinguer.

D'abord, les urines peuvent être troubles au moment de l'émission, sans contenir pour cela de l'albumine (*Voy.* URINES). Elles peuvent aussi être *laiteuses* ou *chyleuses*, et ne doivent alors leur opacité, suivant la remarque de Rayer, qu'à la suspension d'une matière grasse ; l'éther leur rend immédiatement leur transparence. Les faits de cette espèce sont faciles à reconnaître, l'urine étant trouble à première vue, et non par le fait de l'emploi de la chaleur ou de l'acide azotique.

Pour juger des précipités fournis par ces deux derniers moyens, il faut en examiner séparément les résultats et tenir compte de l'état *alcalin* ou *acide* de l'urine : c'est un point capital. — *Une urine alcaline traitée par la chaleur seule* donne parfois un précipité notable, sans qu'il y ait d'albumine ; ce précipité est dû à la précipitation des *phosphates*. *Si l'urine est acide*, au contraire, la chaleur seule peut encore développer un précipité qui se compose de *carbonates*. Ces précipités de phosphates et de carbonates sont immédiatement dissous par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique employé en quantité suffisante pour donner à la liqueur une réaction nettement acide. La dissolution des carbonates se fait avec effervescence. — Traitées par l'*acide nitrique seul*, certaines urines fournissent un précipité d'*acide urique* ou d'*urate d'ammoniaque*, lorsque cet acide ou ce sel y existent abondamment. L'urate d'ammoniaque peut être, il est vrai, redissous dans un excès d'acide, mais l'acide urique ne se redissout pas à moins d'un grand excès de l'acide ajouté, et il reste déposé sur les parois du tube sous forme de grains rouges (Rayer).

Il résulte de ce qui précède que des précipités obtenus soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique isolément, peuvent faire croire à l'existence d'un précipité albumineux qui n'existe pas. Or, si l'on emploie *concurremment les deux moyens* de précipiter l'albumine : la chaleur dissipe le précipité d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque que l'acide seul pourrait produire, de même que l'acide nitrique s'oppose à la formation des précipités de phosphates ou de carbonates que la chaleur seule pourrait déterminer. Et comme l'un et l'autre coagulent en même temps l'albumine, c'est bien ce dernier corps qui seul forme alors le précipité. On ne doit donc pas, comme le font beaucoup de praticiens, se contenter de traiter la même urine dans deux tubes différents, par la chaleur dans l'un, par l'acide azotique dans l'autre, et encore moins n'employer que l'un ou l'autre moyen de réaction, comme l'a fait Martin Solon pour ses recherches sur l'albuminurie (1838). Il est indispensable d'avoir toujours recours aux deux moyens à la fois, et d'acidifier l'urine avec *quelques gouttes* d'acide azotique. Il faut éviter un excès d'acide, surtout à chaud, et il ne faut pas conti-

mer l'ébullition pendant longtemps, parce qu'alors l'acide finit par dissoudre l'acide xanthoprotéique qui s'était formé tout d'abord.

Mais toutes ces précautions ne suffisent pas encore, et il se commet fréquemment des erreurs quand il existe dans l'urine du mucus que l'on prend pour de l'albumine. Aussi est-il nécessaire de filtrer d'abord l'urine après l'addition de quelques gouttes d'acide acétique, avant la recherche de l'albumine.

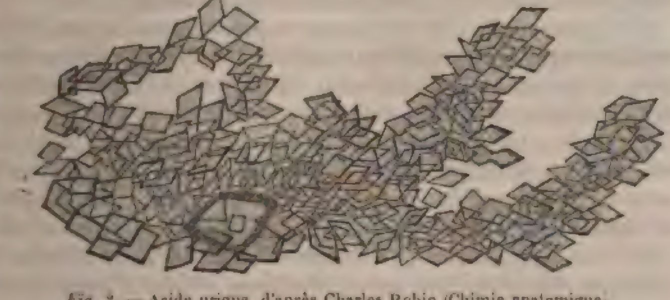


Fig. 2. — Acide urique, d'après Charles Robin (Chimie anatomique).

Vu au microscope, le précipité albumineux a une *apparence lamelleuse, chagrinée*, particulière, et il se distingue facilement des cristaux d'acide urique, *fig* 2, et de la poudre amorphe d'urate d'ammoniaque, *fig* 3, qui peuvent accompagner l'albumine (*Voy.* URINES).



Fig. 3. — Urate d'ammoniaque, d'après Charles Robin (Chimie anatomique).

L'emploi combiné de l'acide azotique et de la chaleur, qui ne peut donner lieu qu'à la précipitation de l'albumine, a par suite un avantage que ne présentent pas d'autres réactifs, dont l'inconvénient est de précipiter l'albumine et d'autres matériaux de l'urine. Tels sont l'*alcool*, le *sublimé corrosif*, l'*alun*, le *tannin*, la *créosote*, le *sous-acétate de plomb* ou l'*acétate de plomb cristallisé*, l'*azotate d'argent*. Tous ces réactifs sont infidèles; car lorsque l'on y a recours, le précipité obtenu ne peut être admis comme étant de l'albumine qu'après un examen microscopique, qui est rarement nécessaire lorsqu'on agit avec l'acide nitrique et la chaleur réunis. Quant à la valeur graduée ou relative des différents réactifs, on les a classés diversement, sans diminuer, en définitive, l'importance du rôle de l'acide azotique et de la chaleur combinés, comme réactifs de l'albumine. Toutefois, Becquerel et Vernois n'adoptent leur emploi qu'avec restriction. Ils conseillent d'avoir recours au tannin comme précipitant l'albumine mieux que l'acide et la chaleur, lorsque l'albumine, d'abord évidente par l'acide azotique et la chaleur, cesse de l'être, parce qu'elle a subi, suivant ces habiles observateurs, une modification isomérique.

D'autres réactifs de l'albumine ont encore été proposés. Alfred Becquerel, après avoir fait des expériences avec Barreswill, a préconisé l'*acide pyrophosphorique* comme décelant les plus minimes quantités d'albumine (1/20,000); mais ce réactif doit être préparé extemporanément en chauffant l'acide phosphorique sec, parce qu'il revient, après une heure, à ce dernier état; ce réactif a donc l'inconvénient de multiplier les manipulations.

2° La présence de l'albumine étant constatée dans l'urine, il est nécessaire de se rendre compte de sa proportion relative. J'ai dit précédemment que, lorsque l'albumine est en quantité considérable, la chaleur et l'acide azotique semblent faire coaguler l'urine en masse, et que, lorsqu'elle est en médiocre quantité, la coagulation a lieu par petites parcelles qui s'accumulent bientôt dans le fond du tube. Mais cette différence n'est qu'un élément de comparaison grossier, qui ne permet pas de juger de la quantité d'albumine précipitée à différentes époques de la maladie qui s'accompagne d'albuminurie. C'est dans le but d'apprécier ces différences quantitatives que Becquerel a conseillé de prendre 1,000 grammes d'urine et d'en précipiter toute l'albumine, ou bien d'avoir recours à son polarimètre (dont il a été précédemment question, et qui aurait l'avantage de donner au dosage de l'albumine une grande précision, d'où le nom de l'*albuminimètre* qu'il a donné à cet instrument). Ces procédés ne sont pas assez simples pour être usuels. On évalue moins exactement, il est vrai, mais d'une manière réellement suffisante, la quantité proportionnelle de l'albumine, en traitant le liquide par l'acide azotique et la chaleur dans un *tube gradué*, où le niveau supérieur du précipité atteint par le repos une hauteur que l'on compare à celle du liquide. Pour rapprocher et comparer les résultats de plusieurs explorations, on se sert de tubes semblables, dans lesquels on verse toujours la même quantité d'urine à examiner.

3° Malheureusement cette comparaison des quantités variables d'albumine observées dans le cours des maladies qui s'accompagnent d'albuminurie, ne peut pas être considérée comme indiquant avec une certaine rigueur la marche croissante ou décroissante de cette albuminurie. Dans ces derniers temps, en effet, des causes accidentelles assez nombreuses ont été reconnues qui font varier sensiblement la quantité d'albumine dans l'urine, ou qui même l'y font apparaître alors qu'aucune maladie ne saurait être invoquée. Ce sont encore là de nouvelles difficultés de constatation à ajouter à celles précédemment rappelées. C'est ainsi que Gubler a signalé des variations diurnes très-sensibles de la quantité d'albumine dans l'urine, variations qui font que les urines du matin (dites *du sang*) peuvent ne pas contenir ou offrir peu d'albumine, tandis que celles rendues après les repas (dites *de digestion*) en contiennent manifestement plus que les précédentes, en même temps qu'elles sont plus colorées. Si ces faits se confirment, il est évident que certaines albuminuries, encore peu accusées, pourraient échapper au praticien s'il n'examinait que l'urine du matin, ce qui est d'ailleurs le plus ordinaire. Ces résultats concordent avec ce que l'on savait déjà de l'influence de certains aliments sur la production d'albuminuries passagères (Christison, Bence Jones). Il est hors de doute aujourd'hui qu'un régime animalisé, et en particulier les œufs, peuvent produire une albuminurie accidentelle et temporaire. Enfin on a pensé qu'une lésion vitale ou organique de la muqueuse digestive, qu'une digestion mal faite par conséquent, pouvait permettre l'introduction dans l'économie d'une albuminose non assimilable que rejette bientôt l'urine (Luton); mais cette manière de voir est hypothétique.

Il paraîtrait impossible, avec les variations diurnes que je viens de rappeler,

d'apprécier la quantité relative de l'albumine contenue dans la masse de l'urine des vingt-quatre heures, à moins de tenir compte de l'alimentation des malades, ou de leur faire suivre un régime végétal.

En définitive, pour éviter les erreurs auxquelles expose la constatation de l'albumine dans l'urine, le praticien doit avoir présents à la pensée les faits suivants :

a. Les urines peuvent être *troubles* après leur émission sans contenir nécessairement de l'albumine ;

b. L'urine alcaline, traitée par la chaleur seule, peut donner un précipité non albumineux (*phosphates*) ;

c. L'urine acide, traitée par la chaleur seule, peut fournir un précipité de *carbonates ;*

d. L'urine acide, traitée par l'acide azotique seul, donne parfois un précipité d'*acide urique* ou d'*urate d'ammoniaque ;*

e. Les urines de digestion (rendues après les repas) sont quelquefois les seules dans lesquelles on constate la présence de l'albumine pathologique ;

f. Les aliments azotés, et notamment les œufs, peuvent produire par eux-mêmes une albuminurie passagère ou accidentelle.

B. CONSTATATION DE L'ALBUMINE DANS DES LIQUIDES AUTRES QUE L'URINE. — J'ai peu de choses à dire sur cette question très-limitée, car la recherche de l'albumine dans les liquides autres que l'urine est très-rarement utile au diagnostic. On a précipité l'albumine du sérum du sang dans certaines maladies, et par exemple dans la fièvre jaune, où il a donné un précipité *bleu verdâtre* (Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds*) qui y dénote les principes colorants de la bile ; mais c'est un fait très-secondaire dans l'histoire de cette grave maladie. Je ne connais qu'une circonstance où il serait intéressant de savoir si un liquide fourni par l'organisme, et autre que l'urine, contient ou non de l'albumine. C'est lorsque l'on ignore l'origine d'une sérosité claire rendue par les voies naturelles, où l'on peut soupçonner que la rupture d'une collection séreuse se soit faite, ou bien d'un liquide fourni par la canule d'un trocart explorateur. La recherche de l'albumine dans ce liquide permet de décider si l'on a affaire à une simple collection séreuse ou bien à un kyste hydatique. Le liquide des collections séreuses, en effet, fournit toujours, lorsqu'il est traité par l'acide azotique et par la chaleur, un précipité très-abondant d'albumine, tandis que le liquide hydatique, traité de même, ne donne aucun précipité et conserve sa transparence. Ce caractère négatif a une grande valeur dans les cas où le liquide d'un kyste hydatique ne montre ni lambeaux membraneux, ni échinocoques, ni leurs crochets au microscope.

ALBUMINURIE. — Malgré les raisons données par les pathologistes qui pensent qu'on doit restreindre le sens du mot albuminurie, en l'appliquant à la maladie de Bright, je persiste à croire qu'il y a un avantage incontestable à traiter à part, au point de vue du diagnostic, de la présence de l'albumine dans l'urine, d'une manière générale. Envisagée en effet comme phénomène séméiologique, la constatation de l'albumine dans l'urine s'impose à l'attention du praticien, car tantôt elle est un point de départ précieux pour ses inductions diagnostiques, et tantôt un élément qui les complète ou les redresse.

1° *Caractères.* — La constatation de l'albumine dans l'urine est le caractère essentiel de l'albuminurie. J'ai suffisamment indiqué dans l'article précédent comment on devait s'y prendre pour arriver à cette constatation et pour éviter les chances d'erreur auxquelles on est exposé. Outre ce signe directement constaté de l'albuminurie, il en est de secondaires, les uns que l'on peut considérer comme les conséquences de la perte de l'albumine du sang par les urines,

les autres qui ne sont que les symptômes des maladies dans le cours desquelles se montre l'albuminurie, et dont il sera question plus loin. Quant à la perte de l'albumine par les urines, ses effets immédiats ont encore besoin d'être sérieusement étudiés, de même que les effets de la perte de l'albumine par toute autre voie (épanchement), ainsi que l'ont fait remarquer A. Becquerel et Vernois dans leur important Mémoire sur l'albuminurie et la maladie de Bright (*Monit. des hôpitaux*, 1856).

On attribue à la perte de l'albumine par les urines : 1° les *hydropisies sous-cutanées* (œdème, anasarque) ou des *séreuses*, en les expliquant par la diminution de l'albumine du sang; 2° les *troubles nerveux* variés, tels que les convulsions éclamptiques, l'amaurose, les paralysies partielles même, que l'on a rattachées à des modifications encore mal déterminées du sang, et par exemple à un excès d'urée contenu dans ce liquide. Ces conséquences apparentes de l'albuminurie ne surviennent que lorsque la perte albumineuse est assez considérable; or, comme c'est surtout dans la maladie de Bright que l'albuminurie est considérable ou persistante, je crois devoir lui rattacher ces différents phénomènes comme signes de complications (*Voy.* Bright). L'albuminurie prolongée entraîne aussi la diminution des sels de l'urine, ce qui a fait proposer par Martin Solon de traiter les urines albumineuses par l'acide oxalique. Lorsque ce sel cesse de précipiter l'urine, on juge que la perte de l'albumine est déjà considérable; tandis que, s'il fournit un précipité de plus en plus abondant, on doit penser que l'urine tend à redevenir normale.

2° *Conditions pathologiques.* — Pour bien comprendre les conditions dans lesquelles se montre l'albuminurie, il faudrait avoir d'abord une idée précise de la modification intime que subit l'acte de la sécrétion urinaire pour que le sérum du sang puisse transsuder en nature à travers certaines portions des reins. Plusieurs hypothèses ont été émises à cet égard. On a dit que la cause de l'albuminurie résidait : 1° dans une altération primitive du sang : diminution préalable de l'albumine du sérum, fluidification de l'albumine (Mialhe), ou altération inconnue; 2° dans un simple trouble fonctionnel de sécrétion ; 3° dans l'absorption et l'élimination, par les reins, d'exsudations fibrineuses ou purulentes existant nécessairement dans d'autres parties de l'organisme que les reins (Finger, de Prague); 4° dans un trouble de sécrétion dépendant d'une altération matérielle des reins (hyperémie ou lésion plus profonde). Cette dernière hypothèse est celle qui a prévalu en Allemagne, où les micrographes prétendent avoir parfaitement constaté le mode d'action de l'hyperémie. Cette hyperémie est considérée comme constante, en dehors des lésions profondes incontestables, par Becquerel et Vernois. Ces deux observateurs distingués, en rapprochant leurs propres recherches microscopiques de celles faites en Angleterre et en Allemagne, ont été conduits à admettre que l'*albuminurie est toujours le signe d'une altération des reins* (maladie de Bright), sauf dans les cas où l'albumine de l'urine est due à la présence du *pus* ou du *sang* dans ce liquide. Cornil (*Soc. de Biol.*, et *Gaz. méd.*, 1864) admet aussi qu'il y a nécessairement au moins une lésion des cellules épithéliales des tubuli dans toute albuminurie, quelque légère qu'elle soit, et que la congestion rénale ne suffit pas seule pour produire l'albuminurie.

Jaccoud (*Nouv. Dict. de méd. prat.*, art. *Albuminurie*), en dehors de la *pseudo-albuminurie*, due à la présence du sang ou du pus sans trouble de la sécrétion rénale, admet que les vraies albuminuries sont dues : 1° à une modification dans les conditions mécaniques de la circulation rénale; 2° à une altération du sang (division qu'il a restreinte depuis la publication de ses premières recherches);

3° à une altération du sang et à une lésion rénale en même temps; 4° à une lésion seulement rénale.

Gubler considère la super-albuminose sanguine absolue ou relative comme l'origine de toutes les albuminuries vraies (*Dict. encyclop. des sc. médic.*, t. II). Cette super-albuminose appellerait la modification inflammatoire des reins et déterminerait, par l'intermédiaire de ce changement organique, le passage de l'albumine dans la sécrétion urinaire (*ibid.*, p. 468).

Quoi qu'il en soit de ces opinions si divergentes, mais qui s'accordent toutes à admettre la lésion rénale dans une certaine mesure, le point capital du diagnostic de l'albuminurie, considérée en elle-même, est de décider si la présence de l'albumine dans l'urine annonce ou non une lésion des reins, c'est-à-dire une maladie de Bright.

Le diagnostic de cette maladie est basé sur des lésions microscopiques constatées dans l'urine albumineuse, lésions dont les tubuli des reins sont l'origine, et que je rappellerai tout à l'heure.

Malheureusement, de l'aveu même des micrographes, ces lésions, visibles à l'aide du microscope, ne sont pas appréciables dans tous les cas de maladie de Bright; et, de plus, on peut retrouver quelques éléments de ces lésions dans les urines normales, ce qui pourrait induire en erreur. Il est donc nécessaire avant tout de bien se rendre compte de la signification des éléments expulsés et fournis par les tubuli des reins.

J'ai dit que Cornil n'admettait pas que la simple congestion rénale puisse suffire pour expliquer la plus légère albuminurie. Pour lui, l'albuminurie passagère résulte de la tuméfaction trouble des cellules épithéliales remplies d'abord de granulations protéiques, puis de granulations graisseuses; et cet état du contenu des cellules s'observerait aussi dans l'albuminurie persistante ou parenchymateuse, qui est caractérisée soit par la transformation graisseuse complète des cellules, soit par cette dégénération graisseuse des vaisseaux du rein, soit par la dégénération dite amyloïde de ces vaisseaux, enfin par les cylindres épithéliaux et hyalins.

Selon Jaccoud, il y a des degrés importants à établir dans les éléments microscopiques expulsés dans l'urine albumineuse. Sans tenir compte des éléments des divers conduits que parcourt l'urine normale *fig.* 4, 5, et 6, on peut d'abord trouver, dans l'urine albumineuse, l'*épithélium rénal désagrégé*, ou réuni



Fig. 4. Epithélium du bassinet et du rein.



Fig. 5. Epithélium de l'uretère.



Fig. 6. Mucus d'urine saine (Lionel-Beale).



Fig. 7. — Moules : quelques-uns pourvus d'épithélium. Deux sont d'une couleur très-foncée par la présence d'urate de soude (Beale).

en *cylindres épithéliaux*, *fig.* 10, ou même des *cylindres colloïdes* (fibrineux ou protéiques) avec ou sans épithélium normal, *fig.* 7. Ce ne seraient pas là des signes d'albuminurie persistante ou de maladie brightique chronique, et la guérison pourrait être complète. Mais si l'on voit apparaître dans l'urine des

cylindres granulo-graisseux, on a un élément de transition entre l
curable et la forme persistante. Enfin les *cylindres graisseux*, *fig.* 8, e
lindres hyalins, *fig.* 9, ont une signification absolue : ils doivent faire affirmer, avec l'albuminurie persistante, le mal de Bright chronique.



Fig. 10. — urinifère provenant stance co rein subis générescer à la maladi *a*, épithél près norm de tuméfa ble. *c*, mé graisseuse çante et des cellule licule qui c large en (Virchow).

Malgré la précision de ces distinctions importantes, qui paraissent applicables à la maladie de Bright aiguë et à sa forme chronique, qui semble être la seule légitime pour Jaccoud, ces lésions des tubuli ne sont pas la seule condition essentielle de l'albuminurie, même en dehors de la présence du pus ou du sang dans l'urine, puisque Claude Bernard a reconnu qu'en irritant les reins ou les nerfs des reins, l'albumine apparaissait dans l'urine. Sans doute, on pourrait dire qu'il se produit en pareil cas une hyperémie rénale, mais on ne saurait admettre l'existence de cette hyperémie comme explication de l'albuminurie qui succède



Fig. 8. — Moules de tubes contenant des globules huileux (Lionel-Beale, pl. XVIII).



Fig. 9. — Moules contenant du sang (Lionel-Beale, pl. XVIII).

à l'injection d'un liquide albumineux dans le sang (Cl. Bernard, *Leçons subst. toxiques*, 1857, p. 45), d'une simple injection d'eau également sang (Magendie), de l'ingestion d'une grande quantité d'albumine dans digestives (Cl. Bernard, A. Becquerel).

Pour compléter cet exposé des conditions pathologiques de l'albumi en préciser les points les plus importants, il me reste à l'examiner à part : qu'elle est due à la présence du pus ou du sang dans l'urine ; 2° dans la de Bright ; 3° dans diverses affections aiguës ou chroniques ; 4° dans la gı

a. — Albuminurie due à la présence du pus ou du sang dans l'u
Le sérum du pus, comme celui du sang, avec lequel il a la plus grande a contient une forte proportion d'albumine. Il n'est donc pas surpren lorsque l'urine contient l'un ou l'autre de ces produits organiques en quantité, elle soit albumineuse par le seul fait du mélange.

Il suffit pour reconnaître la présence du pus dans l'urine de la laiss ser, la partie solide du pus se précipitant au fond du vase, où elle for couche d'un blanc jaunâtre bien nette, et dont la substance, exposée à ı en ignition, brûle avec une flamme vive, prend une consistance gélatine l'addition d'ammoniaque, et montre au microscope des globules puru abondance. On est surtout autorisé, en cas pareil, à attribuer l'albumine rum du pus dissous dans l'urine, lorsqu'il existe une maladie du r inflammation de la muqueuse des voies génito-urinaires, ou une ruptu abcès qui s'y est fait jour.

Lorsque l'albuminurie dépend, non de la présence du pus, mais de c sang dans l'urine, l'aspect seul de ce liquide y fait le plus souvent rec la présence du sang : c'est lorsque l'urine a une coloration rouge ou b

ésente par le repos des dépôts fibrineux qui laissent peu de doutes sur ce t. L'abondance du précipité albumineux est en pareil cas un signe qui doit rapproché des précédents. Malheureusement la présence du sang n'est pas urs aussi manifeste au premier abord. Lorsque l'urine est redevenue claire uite d'une perte de sang par les voies urinaires, ou lorsque le sang est en tité trop minime dans l'urine pour y paraître à première vue, et que l'on tate l'albumine pour la première fois, on peut être induit en erreur si l'on mine pas l'urine au microscope. L'erreur est surtout inévitable si l'on ne e pas à la présence du sang, et si le malade se tait sur le fait de l'hémor-ie récente, qui d'ailleurs peut être latente (*Voy.* HÉMORRHAGIES par l'u-). Mais le microscope lève tous les doutes en faisant découvrir, dans les es inférieures de l'urine, des globules sanguins plus ou moins déformés, ves irrécusables de la présence du sang.

: pus ou le sang étant constaté dans l'urine, il ne faut pas se hâter de con-: qu'ils sont, l'un ou l'autre, la seule cause de l'albuminurie; car il peut y : en même temps maladie de Bright, principalement dans la forme aiguë, es urines sont fréquemment sanguinolentes. Mais il existe ordinairement s un ensemble de caractères distinctifs de cette affection qui laissent peu de es sur son existence.

— *Albuminurie de la maladie de Bright.* — L'albuminurie avec la pré-e dans l'urine de gaines ou de cylindres provenant des canalicules des reins, ont j'ai parlé plus haut, constituent deux signes suffisants pour établir stence de la maladie de Bright aiguë ou chronique. Dans les cas d'albumi-es où l'élément épithélial microscopique des tubuli fait défaut dans l'urine, sarque, jointe à la présence de l'albumine dans l'urine, est une autre cidence non moins précieuse pour établir l'existence de la maladie de ht, indépendamment des autres signes de l'affection.

insi, que l'albuminurie aiguë ou chronique se montre avec l'anasarque, qui é le point de départ des recherches de Bright, ou avec les éléments mi-copiques précités, la maladie de Bright paraît être certaine. On doit admettre son existence est très-probable, lorsque l'albuminurie est persistante ou nique, même en l'absence des données précises de diagnostic que je viens appeler.

l'état aigu et en l'absence de ces mêmes données, doit-on envisager comme t une expression de la maladie de Bright *toutes* les albuminuries de la latine, de même que toutes celles se compliquant de symptômes nerveux ou moins graves, et notamment d'éclampsie? Les opinions sont encore par-es.

. — *Albuminurie dans diverses maladies aiguës ou chroniques.* — L'al-mine peut se montrer dans les urines dans une foule d'affections. A. Becque-, qui l'a recherchée sur 368 malades, a constaté une albuminurie passagère s un cinquième des cas observés, et qui se rapportaient, pour les maladies ës : à des *bronchites*, des *pneumonies*, des *pleurésies*, des *amygdalites*, *dyssenteries*, et à d'autres phlegmasies encore, à des *fièvres typhoïdes*, *rougeoles*, des *varioles*, des *scarlatines*, des *diphthéries*; pour les ctions chroniques : aux *maladies du cœur*, à l'*emphysème pulmonaire*, à *olique de plomb*, à la *phthisie pulmonaire*, au *cancer de l'estomac*, à *chlorose*. Finger (de Prague) a fait des recherches analogues sur 600 mala-s, et, dans le quart des faits, il a trouvé de l'albumine dans l'urine, en signa-t sa fréquence dans la fièvre puerpérale, où elle serait de 65 pour 100.

le n'insisterai pas sur ce que l'albuminurie peut présenter de particulier dans

ces différents cas. Il me suffit de répéter que tantôt on lui reconnaîtra les caractères de celle qui est liée à la maladie de Bright, et tantôt ceux d'un simple épiphénomène.

d. — Albuminurie dans la grossesse. — Dans l'état de gestation, la femme est assez fréquemment atteinte d'une albuminurie que Jaccoud classe parmi celles qui dépendent de conditions mécaniques de la circulation rénale. Cette albuminurie a, comme caractères concomitants assez habituels, l'anasarque et l'éclampsie. Lorsque l'œdème siége dans des régions où il ne peut être l'effet de la pression de l'utérus sur les vaisseaux intra-pelviens, il arrive ordinairement que cet œdème, primitivement reconnu, donne l'idée d'examiner les urines, que l'on trouve albumineuses. Il en est de même de l'éclampsie, qui peut suggérer la même recherche, et qui toujours s'accompagnerait d'albuminurie, suivant quelques observateurs. Mais l'albumine peut se montrer dans l'urine sans qu'il y ait d'œdème, ce que Devilliers fils et J. Regnauld attribuent à l'apparition inopinée de l'albuminurie près du terme, l'accouchement s'effectuant avant que l'œdème se soit montré (*Arch. de méd.,* 1848, t. XVII.) Dans ces différentes circonstances, l'éclampsie est un accident à redouter dans tous les cas d'albuminuries chez les femmes grosses, car il a, chez elles, une fréquence qui donne à l'albuminurie un cachet tout particulier. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait diversement interprété, dans cette condition, la présence de l'albumine dans l'urine. Cette albuminurie a été considérée comme dépendant d'une véritable maladie de Bright (Rayer, Cahen); comme produite par la compression exercée par l'utérus en gestation sur les artères, sur les veines émulgentes, ou sur les reins eux-mêmes (Rayer, Robinson, Lever); comme due à une simple congestion des reins (Rayer); ou seulement à une lésion fonctionnelle de ces organes, sans exclure la possibilité de la maladie de Bright dans certains cas (Depaul, *Bulletin de l'Acad. de méd.,* 1851). Les observateurs qui admettent que la maladie de Bright n'existe pas dans tous les cas d'albuminurie arguent avec raison, pour exclure toute lésion rénale, de la rapidité avec laquelle l'albuminurie disparaît après l'accouchement, en deux ou trois jours, dix, douze jours, ou quinze jours au plus, comme l'a constaté une fois Bouchut (*Gaz. méd.,* 1846).

On a dit que l'albuminurie prédisposait à l'avortement ; mais le fait n'est pas démontré, puisque Devilliers et Regnauld n'ont compté que 5 avortements sur 39 cas d'albuminurie. Ce sont plutôt les complications de l'albuminurie que l'albuminurie elle-même, qui, suivant les mêmes observateurs, auraient ce fâcheux résultat, puisque sur 12 cas d'éclampsie, six fois l'accouchement se fit avant son terme. Ils nient, en s'appuyant sur l'autorité de Paul Dubois, que les enfants nés de femmes albuminuriques naissent atteints d'œdème avec endurcissement du tissu cellulaire. Gubler pense que l'albuminurie peut au contraire être une conséquence de l'avortement (*Soc. méd. des hôpit.*, 1867).

3° *Signification.* — On peut résumer en peu de mots, d'après ce qui précède, la signification de l'albuminurie.

La présence de l'albumine dans l'urine est tantôt la conséquence de la présence du *pus* ou du *sang* dans le même liquide, tantôt la preuve d'une *maladie de Bright*, tantôt enfin le signe de *conditions encore diversement interprétées* de l'organisme.

L'albuminurie qui s'accompagne d'anasarque ou de la présence dans l'urine de véritables gaînes épithéliales des canalicules des reins, ou de cylindres néo-membraneux moulés dans ces canalicules, doit être considérée comme la conséquence d'une altération de ces organes plus ou moins profonde, suivant l'an-

rienneté de l'albuminurie, et par conséquent comme un signe de maladie de Bright aiguë ou chronique. — L'albuminurie sans concomitance d'œdème ou d'expulsion des cylindres des tubuli ne peut être attribuée avec certitude, *pendant la vie*, à la maladie de Bright, quoiqu'elle puisse en dépendre. Que cette albuminurie isolée survienne comme épiphénomène dans des maladies aiguës ou chroniques, ou qu'elle se montre isolée de tout autre accident pathologique, ce qui est d'ailleurs très-rare, on ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, émettre que des probalités sur son origine, comme la probabilité de la congestion rénale dans les maladies aiguës fébriles.

La question de l'albuminurie est trop intimement liée à d'autres articles de cet ouvrage pour que je n'y renvoie pas le lecteur, principalement aux mots ALBUMINE, ANASARQUE, BRIGHT (Maladie de), ÉCLAMPSIE.

ALCALINITÉ. — *Voy.* ACIDITÉ.

ALCOOLISME. — Je n'ai pas à entrer ici, à propos de l'alcoolisme, dans les discussions théoriques auxquelles donne lieu la pénétration de l'alcool dans l'organisme. Je n'ai à envisager l'action de l'alcool qu'au point de vue restreint du diagnostic de ses effets pathologiques. Ces effets sont de trois sortes : l'ivresse, le delirium tremens, l'alcoolisme chronique, qui sont autant de degrés de l'intoxication alcoolique, sans compter la mort subite qui est un véritable empoisonnement.

I. **Ivresse.** — Ce serait une puérilité de discuter le diagnostic de l'ivresse proprement dite, état passager dans lequel les troubles plus ou moins accentués de l'intelligence, de la motilité et des fonctions digestives sont des faits de constatation vulgaire. Ce n'est que lorsqu'on est appelé auprès d'un individu qui se trouve dans l'*état comateux* qu'entraîne l'ivresse, forme dite *apoplectique*, que l'on peut hésiter à porter un diagnostic ; et encore faut-il, pour qu'il en soit ainsi, que l'on n'ait aucun renseignement sur les antécédents, et que l'*haleine* du malade n'exhale pas cette odeur particulière d'alcool ou de liquides fermentés qui est caractéristique. Parfois un *vomissement* de liquides aigres et vineux, ou exhalant l'odeur de l'alcool, vient révéler immédiatement la cause du coma dans les cas douteux ; si l'on est privé de cet élément de diagnostic et que l'on craigne d'avoir recours à un vomitif, on peut, suivant le conseil du docteur Lalaux, faire administrer un ou deux lavements purgatifs d'eau salée (deux cuillerées de chlorure de sodium pour quatre verres d'eau), qui permettront de reconnaître cette odeur aigre caractéristique dans les fèces expulsées. Ce ne serait donc que dans des cas rares que l'on pourrait croire à une affection cérébrale spontanée. La résolution complète des quatre membres, et non des deux membres d'un côté du corps, que l'on constate dans le coma qui suit l'ivresse, est une conséquence trop rare de l'*hémorrhagie cérébrale* pour que l'on ne doute pas fortement de l'existence de cette hémorrhagie. Depuis longtemps on a signalé une forme *convulsive* de l'ivresse, avec délire agité et parfois même furieux. Mais ici le diagnostic est facile, parce que les autres signes de l'ivresse sont manifestes.

Il ne faut pas perdre de vue que l'ivresse peut se compliquer d'une hémorrhagie cérébrale, ou d'une *hémorrhagie méningée*, entraînant la mort, qui peut aussi être la conséquence d'une congestion du cerveau ou des poumons (asphyxie.) L'*albuminurie* complique aussi quelquefois l'alcoolisme aigu (Voisin, Bérard, Lancereaux).

II. **Delirium tremens.** — 1° *Éléments du diagnostic.* — L'état complexe ainsi désigné, appelé aussi *délire tremblant*, *délire des ivrognes*, etc., s'annonce par une certaine agitation, de l'inquiétude, un sommeil interrompu, un

commencement de tremblement nerveux, de l'anorexie et même du dégoût des aliments, etc.; mais ces sympômes varient jusqu'à ce que les véritables signes de la maladie confirmée se montrent, et principalement le délire et le tremblement. Le *délire* est tantôt calme, et tantôt, ce qui est le plus ordinaire, agité ou furieux. La physionomie exprime souvent la frayeur et l'anxiété, par suite des hallucinations de la vue ou de l'ouïe, qui sont un des caractères essentiels de l'affection. Le malade se croit poursuivi par la police, par les gendarmes, etc.; il les voit, les entend, et ces craintes imaginaires, qui le poursuivent, sont parfois assez dominantes pour provoquer le suicide, ainsi que j'en ai vu un exemple. Des hallucinations pénibles de l'odorat ou du goût se joignent aux précédentes. La face est ordinairement animée, rouge ou pâle, les yeux sont fixes et brillants, parfois encroûtés de chassie sur les bords libres des paupières, la bouche reste quelquefois ouverte, et les dents se sèchent et s'encroûtent d'un enduit jaunâtre par le dessèchement des mucosités buccales; l'haleine est alors fétide, un peu de salive écumeuse se remarque entre les lèvres lorsque le malade parle beaucoup; la peau est souvent couverte de sueur. Mais ce qui imprime un cachet particulier à la physionomie générale de la maladie, c'est le *tremblement* qui se remarque principalement aux membres, et qui les agite de petits mouvements répétés et irréguliers, augmentant pendant les mouvements volontaires. Ce tremblement rend la démarche vacillante, empêche le malade de porter à sa bouche un verre de liquide sans en répandre, et, s'il occupe les lèvres et la langue, produit un embarras plus ou moins prononcé de la parole. Quelquefois i se joint des convulsions *épileptiformes* à ces troubles musculaires. Il y a toujours une *insomnie* plus ou moins complète, et le sommeil, lorsqu'il a lieu, est troublé par des rêves effrayants. Le *pouls* est tantôt rare, tantôt accéléré et peu développé, la *soif* est vive ou nulle, et il n'est pas rare d'entendre les malades demander des boissons alcooliques; l'*anorexie* est complète, il y a un sentiment de *pesanteur à l'épigastre*, de la *constipation*; les *urines* sont peu abondantes, rouges et chargées.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le delirium tremens, ou folie des ivrognes, ne saurait être méconnu lorsque le délire agité, les tremblements et les hallucinations, ces trois symptômes fondamentaux, se trouvent réunis. Il peut arriver cependant que l'un d'eux soit atténué, tandis qu'un autre est au contraire prédominant; et, à ne considérer que ces symptômes qui sont d'ailleurs assez souvent les seuls éléments d'après lesquels on puisse formuler le diagnostic, on peut se trouver dans l'embarras. La marche que suivent les accidents observés et qui sont toujours plus ou moins aigus, avec des exacerbations de délire et d'hallucinations, et dont la durée dépasse rarement deux semaines, est un élément de diagnostic qu'il ne faut pas négliger. Mais il est loin d'avoir l'importance de deux autres données relatives aux commémoratifs : je veux parler d'abord de l'abus des boissons fermentées, principalement de l'eau-de-vie, qui est plus particulièrement suivi de delirium tremens. L'autre commémoratif utile à connaître est la disparition rapide, sous l'influence de l'opium, d'accidents antérieurs semblables à ceux que l'on observe. Malheureusement, ce dernier antécédent fait souvent défaut, ou ne peut être constaté; et quant aux habitudes alcooliques, elles peuvent rester inconnues, malgré les renseignements que l'on prend auprès des personnes qui entourent le malade et qui dissimulent ou ignorent la vérité sur ce point. Tel est le fait, observé par Delasiauve, d'une jeune fille qui faisait un usage journalier de liqueur d'absinthe, et dont il a cité l'observation à la Société médicale des hôpitaux (septembre 1856). Les antécédents peuvent aussi être méconnus par suite de conditions particulières dans

lesquelles on observe le malade, et, par exemple, après son admission dans une maison d'aliénés sans renseignements antérieurs.

Toutes ces conditions défavorables ne rendent pas surprenante la confusion du delirium tremens avec un certain nombre d'affections se manifestant par des troubles cérébraux : l'*encéphalopathie saturnine*, l'*empoisonnement par les narcotiques*, et le *délire nerveux* des opérés. Dans les cas de narcotisme et de délire nerveux, l'ingestion de la substance toxique, ou le fait de l'opération récente, sont des antécédents qui peuvent suffire le plus souvent au diagnostic différentiel avec le delirium tremens. Mais il n'est pas aussi simple de distinguer de cette dernière affection l'encéphalopathie saturnine à forme délirante, si l'on ignore que le malade a subi l'influence des préparations saturnines. Le délire saturnin a plusieurs caractères analogues à ceux du delirium tremens : divagations, insomnie, agitation parfois furieuse, hallucinations pouvant déterminer le suicide. La confusion serait ici d'autant plus facile, que les ouvriers qui sont exposés à l'influence saturnine abusent fréquemment des boissons alcooliques, qui produisent la dypsomanie ; mais un caractère distinctif de cette dernière affection est le tremblement musculaire et le défaut de précison des mouvements, qui manquent dans les intervalles des accidents cérébraux saturnins. De plus, l'action rapidement favorable de l'opium, dans le délire des ivrognes, est une sorte de pierre de touche dont l'emploi est loin d'être sans avantage pour le diagnostic.

Le délire tremblant des ivrognes se complique quelquefois de *pneumonies* dites typhoïdes, de même qu'il peut lui-même compliquer fréquemment une maladie aiguë. Dans ce dernier cas, le delirium tremens se montre ordinairement peu de jours après le début de ces maladies, et mériterait d'être appelé délire des ivrognes plutôt que delirium tremens, la trémulence des mouvements pouvant manquer, ou être à peine sensible. On a prétendu que les troubles cérébraux étaient dus alors à l'abstinence des alcooliques, dont le malade faisait précédemment un abus journalier ; et, pour preuve, on a argué de la disparition du délire sous l'influence des boissons alcoolisées. Quoi qu'il en soit, ces délires cèdent le plus ordinairement à l'emploi de l'opium, et cet effet du narcotique, joint à la connaissance d'habitudes antérieures d'ivrognerie ou d'excès alcooliques, est considéré comme suffisant pour caractériser après coup le délire alcoolique, et le distinguer des autres délires symptomatiques.

3° *Pronostic.* — Le delirium tremens se termine le plus souvent par la guérison ; mais si les habitudes d'ivrognerie continuent, l'alcoolisme peut devenir chronique. La guérison n'est pas d'ailleurs aussi constante qu'on pourrait le croire, lorsque le passage de la maladie à l'état chronique n'a pas lieu. Delasiauve a décrit une forme *suraiguë* (*Revue médicale*, 1852) dans laquelle la terminaison fatale est fréquente ; et, à propos de sa communication à la Société médicale des hôpitaux, en 1856, on a cité des faits de mort attribuées à la négligence de l'administration de l'opium qui avait été prescrit.

III. Alcoolisme chronique. — L'intoxication qui constitue l'alcoolisme chronique n'est pas caractérisée, comme l'ivresse ou le delirium tremens, par des symptômes passagers ou aigus, mais par des phénomènes permanents ou chroniques. Ces phénomènes se montrent graduellement, après un usage longtemps prolongé des spiritueux, ou à la suite d'un accès de delirium tremens. Le docteur Magnus Huss, de Stockholm, où l'abus de l'eau-de-vie est extrêmement commun, a publié sur ce sujet le travail le plus complet que l'on connaisse. Ce travail a été analysé par le docteur Lasègue dans les *Archives de médecine* (1853). Morel, Racle, Lancereaux ont publié aussi des travaux sur le même sujet

1° *Éléments du diagnostic.* — Les signes qui s'observent principalement au niveau des appareils de relation (myotilité, sensibilité, intelligence) varient suivant la période plus ou moins avancée de l'intoxication. Les premiers symptômes sont : le *tremblement* des mains, de la langue, la *diminution des forces*, l'hésitation de la *parole*, des *crampes* et des *contractions* dans les mollets, des *fourmillements* dans les pieds et les jambes pouvant remonter quelquefois jusqu'aux lombes et envahir les membres supérieurs, de l'*hyperesthésie* comme un des premiers troubles de la sensibilité, de légers *vertiges*, de l'indifférence, de l'*hébétude*, avec affaiblissement de la mémoire, un *sommeil* agité, troublé par des illusions et des rêves. Le tremblement et la débilité musculaire font des progrès; les jambes vacillent; il apparaît une *anesthésie* graduellement envahissante, des extrémités vers les parties supérieures, et des *hallucinations* de la vue et de l'ouïe, surtout au moment où le sommeil survient. Le malade maigrit de plus en plus. A une époque plus avancée, ou par l'effet d'une rechute, si les accidents précédents se sont d'abord dissipés, les symptômes s'aggravent; les convulsions des membres inférieurs ressemblent à des secousses électriques et tendent à se généraliser; à la longue elles caractérisent une *épilepsie* confirmée, dont les accès se rapprochent de plus en plus; la pupille est dilatée, la *vue* s'affaiblit de même que l'intelligence, dont l'obtusion alterne quelquefois avec du délire, et finit par aller jusqu'à l'abrutissement; les facultés génératives diminuent également. L'affaiblissement musculaire devient tel, que la *position couchée* est la seule possible; il survient des *douleurs*, surtout nocturnes, dans les jambes; la *peau* se sèche, les extrémités inférieures s'*œdématient*, l'*amaigrissement* devient extrême, et un délire calme précède la mort. A ces troubles des organes de relation se joignent (plus fréquemment en Suède qu'en France) des symptômes du côté des organes digestifs : *dégoût* des aliments, vomissements de *pituite* acide, tension douloureuse à l'*épigastre*, augmentation de volume du *foie*, alternatives de *diarrhée* et de *constipation*. Ces différents troubles digestifs font des progrès, avec l'ensemble de ceux que j'ai rappelés plus haut.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le simple exposé des symptômes qui précèdent n'a pas besoin de commentaires; ils forment un groupe assez caractéristique pour faire reconnaître aisément l'alcoolisme chronique. Cependant, si l'ensemble et la succession de ces symptômes ne laissent aucun doute au praticien, il n'en est pas de même lorsque ces signes sont peu nombreux. Dans ce dernier cas, l'abus des spiritueux comme antécédent n'est pas d'une valeur aussi grande qu'on pourrait d'abord le supposer, cet abus des alcooliques étant chose fréquente et pouvant se rencontrer souvent par conséquent chez des sujets atteints de maladies ayant quelque analogie avec l'alcoolisme chronique.

L'intoxication alcoolique peut être confondue avec l'*encéphalopathie saturnine* dont il a été question à propos du delirium tremens, et avec les suites de certaines *affections cérébrales*; mais en regard de l'analogie d'un petit nombre de symptômes entre ces maladies et l'alcoolisme chronique, il est le plus souvent facile de grouper, de part et d'autre, des signes particuliers et des combinaisons de symptômes qui permettent de se prononcer. Les véritables difficultés du diagnostic différentiel sont entre l'alcoolisme chronique et la *paralysie générale*, ou plutôt avec le groupe encore assez vague des affections désignées sous ce nom. C'est ce qu'a rappelé le docteur Lasègue, en signalant les difficultés de ce diagnostic différentiel. Aucun embarras ne peut exister aux dernières périodes de la paralysie générale; mais il n'en est pas de même à son début. Les symptômes communs aux deux affections sont : l'hésitation de la parole, con-

nue ou intermittente, et dont la forme est la même de part et d'autre; le tremlement de la langue et des membres sans paralysie; les fonctions génératrices noindries; les étourdissements, les vertiges, la difficulté de maintenir par ioments l'équilibre; enfin l'intelligence peut n'être affectée que secondaireient de part et d'autre. Les caractères différentiels sont que, dans l'alcoolisme, hésitation de la parole est bien rarement le précurseur des autres troubles nereux, et que l'affaiblissement musculaire se joint au tremblement. Ce tremblelent ne ressemble pas aux impulsions spasmodiques du paralytique général. A i suite de l'ivrognerie, l'état vertigineux se rapproche plus de la syncope, tanis que, dans la paralysie, il paraît sous la dépendance de congestions cérérales. Les hallucinations de la vue dans l'alcoolisme méritent la plus grande ttention et doivent, jusque dans les rêves, être recherchées avec soin comme ymptôme essentiel et constant; de plus, la débilité uniforme de l'intelligence ne 'accompagne pas de l'indifférence et encore moins du contentement des paraytiques, dont l'intelligence procède, comme le système musculaire, par une érie d'impulsions comme convulsives. Après avoir exposé ces considérations, ue j'ai dû abréger, Lasègue fait remarquer avec raison que plus on approfondit le sujet, plus les obscurités de diagnostic s'accroissent et que les médecins qui prouvent le moins d'hésitation sont peut-être ceux qui sont le moins versés dans ette étude comparative.

La prédominance de certains symptômes sur les autres doit aussi être mise au iombre des causes de l'obscurité du diagnostic. C'est cette prédominance, dont il aut être prévenu, qui a fait admettre à Huss six formes différentes : 1° la forme rodromique; 2° la forme *paralytique* ou parésique; 3° la forme *anesthéique; 4° l'hyperesthésique; 5° la convulsive; 6°* la forme *épileptique*. La forme rodromique a pour caractères les tremblements musculaires des mains et souent de la langue, la faiblesse des membres, des fourmillements dans les jambes, des éblouissements, avec un certain état de santé et une certaine intelligence. Les autres formes se définissent d'elles-mêmes, et, pour leur diagnostic, je n'ai qu'à renvoyer aux mots consacrés aux différents symptômes prédominants qui leur servent de caractère principal. A ces formes de l'alcoolisme chronique fondées sur un symptôme prédominant, Huss aurait pu ajouter avec autant de raison une forme gastrique, pouvant en imposer pour une affection organique de l'estomac, qui existe d'ailleurs quelquefois réellement.

Suivant Lancereaux (*Acad. de méd.*, 1864), cette maladie s'accompagne de lésions organiques qui, envisagées d'une manière générale, sont de deux ordres : tantôt elles affectent la trame organique (*hyperplasies conjonctives*), et tantôt l'élément spécial à chaque organe (*dégénérescence graisseuse*). Aussi comprend-t-on facilement que l'on compte parmi les *complications* de l'alcoolisme chronique, la maladie de Bright. Des altérations organiques diverses, comme la stéatose et la cirrhose du foie, des ulcères de l'estomac (Leudet, *Gaz. méd.*, 1863), la péritonite chronique (Lancereaux), ont été aussi observées. L'épilepsie ne doit-elle pas être considérée comme une complication? Cela ne me paraît pas douteux, au moins pour certains cas. Je l'ai vue survenir, en effet, sous mes yeux, au paroxysme d'une terreur profonde résultant d'une hallucination de la vue, au moment d'une exacerbation délirante. Les phénomènes épileptiques ne sont donc pas toujours la conséquence des simples progrès de l'alcoolisme. Suivant Morel, la transformation graisseuse des muscles, comme celle du cœur, serait encore une complication dont il faudrait tenir compte dans le diagnostic.

3° *Pronostic.* — La marche des accidents peut se suspendre, et l'alcoolisme chronique guérir ou s'améliorer, si la cause cesse d'agir. Mais on ne doit pas ou-

blier que la cessation brusque des liqueurs spiritueuses est considérée comme l'origine d'accidents semblables à ceux qui résultent de leur abus. C'est ainsi que l'on explique souvent la gravité que l'alcoolisme imprime aux maladies incidentes. Tout le monde est d'accord sur la gravité des fièvres inflammatoires, des fièvres éruptives, qui se déclarent chez les buveurs de profession. C'est peut-être là l'explication de la terminaison souvent funeste de l'érésipèle de la face en Angleterre. La mort peut d'ailleurs être la conséquence du simple progrès des accidents dus à l'intoxication alcoolique.

ALIÉNATION MENTALE. — *Voy.* Folie.

ALLAITEMENT. — L'allaitement, continué trop longtemps ou entrepris par des femmes dont la constitution n'est pas suffisamment forte, peut donner lieu à des accidents du côté de la mère. Il en est de même si les succions de l'enfant sont trop fréquemment répétées chaque vingt-quatre heures. En tout cas, il en résulte un épuisement caractérisé par des *douleurs de poitrine*, principalement dorsales, des *tiraillements épigastriques*, l'*allanguissement* de toutes les fonctions, en un mot les signes d'une *anémie* plus ou moins prononcée. L'anémie, développée dans ces conditions particulières, qui en font diagnostiquer l'origine, favoriserait, suivant Marcé, le développement de la folie chez les femmes prédisposées (*Traité de la folie des femmes enceintes, des nourrices,* etc., 1858). A la cessation de l'allaitement, il survient aussi quelquefois des troubles variés dans la santé de la femme; mais on a exagéré outre mesure les conséquences fâcheuses de la cessation de l'allaitement, dont aucune n'est caractéristique. On a souvent considéré comme des effets de la suspension forcée de l'allaitement par défaut de sécrétion lactée, des maladies qui en sont au contraire la cause.

On a agité la question de savoir si l'allaitement rendait les femmes moins sujettes aux affections de l'utérus ou de ses annexes, et si la fluxion qui s'opère vers les mamelles, par le fait de la lactation, ne favorisait pas le dégorgement de l'organe utérin? Voici ce que l'on sait de positif sur ce point. Scanzoni a trouvé que, sur 196 enfants appartenant à 54 femmes atteintes de fluxions utérines, 57 seulement avaient été nourris par leur mère; et, d'un autre côté, Aran, sur 100 femmes atteintes d'affections utérines, en a compté 70 qui n'avaient pas nourri (*Leçons sur les mal. de l'utérus*, 1858). Aran croit, dans une certaine mesure, à l'influence favorable de l'allaitement sur les affections utérines, et il a cru remarquer que la suspension de l'allaitement était suivie d'une aggravation dans les accidents utérins, quand il en existait déjà. On voit, par ce court exposé, que le fait de l'allaitement peut fournir quelques données utiles au diagnostic.

ALGIDITÉ. — *Voy.* Thermométrie.

ALOPÉCIE. — La chute des cheveux a lieu *par places,* ou indifféremment dans les *diverses parties du cuir chevelu.* Dans le premier cas, on a ordinairement affaire à une inflammation locale aiguë, à une acné sébacée, ou à une teigne; dans le second cas, l'alopécie est *syphilitique*, un effet de l'âge, d'une prédisposition particulière, ou bien elle succède à une maladie grave (*convalescence*).

AMAIGRISSEMENT. — En envisageant la question séméiologique de l'amaigrissement à son point de vue le plus pratique, je n'ai qu'à rappeler qu'il peut se présenter dans deux conditions différentes : ou bien le dépérissement coïncide avec d'autres phénomènes morbides apparents, ou bien il paraît isolé de tout signe appréciable au premier abord.

Dans le premier cas, l'interrogatoire et l'examen attentifs du malade permettront de remonter facilement à l'origine de l'amaigrissement, ordinairement à une

affection, soit des organes *digestifs*, soit des organes *respiratoires*, dont les fonctions, de part et d'autre, jouent un rôle si important dans la nutrition. Mais lorsque l'amaigrissement paraît isolé d'autres signes apparents, et laisse dans le doute, après un premier examen du malade, il ne faudra pas songer seulement à une affection thoracique ou abdominale *latente*, comme une phthisie pulmonaire chez les jeunes sujets, un cancer abdominal chez les adultes plus âgés, mais encore à des maladies produisant une débilitation profonde et continue, à une altération du sang, à une névrose. On n'oubliera pas que, entre autres conditions pathologiques de l'amaigrissement, la *syphilis* constitutionnelle, la *glycosurie*, la *nostalgie*, l'*iodisme*, peuvent être l'origine de dépérissements, au premier abord inexplicables.

AMAUROSE, AMBLYOPIE. — Les recherches modernes ont modifié profondément l'étude de l'amaurose, depuis l'impulsion donnée à l'ophthalmologie par l'emploi de l'ophthalmoscope. Je n'ai pas d'ailleurs à faire l'histoire diagnostique complète de l'amaurose, mais à la considérer comme un symptôme ou signe des maladies étrangères à l'organe de la vision.

1° *Caractères.* — Sans entrer dans la description des moyens employés par les ophthalmologistes pour juger des formes et du degré des amauroses, je rappellerai avec Follin qu'il y a des amauroses *partielles* et des amauroses *générales*. Les partielles se manifestent par des *taches* diverses ou sentômes dans le champ visuel, ou par des rétrécissements variés du champ visuel, dans le sens concentrique ou par moitié, ce que l'anatomie pathologique explique très-bien aujourd'hui. Dans l'amaurose générale, tout le champ visuel est obscurci. Tantôt c'est comme un simple brouillard qui voile plus ou moins les objets, tantôt cette obscurité est traversée par des scintillements lumineux, des étincelles, des flammes, qui sont liés le plus souvent à un état congestif du cerveau ou des membranes internes de l'œil. L'amaurose affecte les deux yeux à la fois ou bien un seul; elle apparaît subitement ou se développe d'une manière graduelle, ayant une durée passagère, et tantôt ne cessant qu'avec la vie. Serre (d'Uzès) a indiqué l'existence du *phosphène* ou *spectre lumineux*, obtenu par la compression de l'œil, comme signe négatif de l'amaurose complète; ce signe est d'un grand intérêt pour le chirurgien, lorsqu'il doit décider si la rétine conserve ses fonctions alors que les milieux de l'œil ont perdu leur transparence.

Les troubles amaurotiques peuvent être intermittents et céder à l'emploi des antipériodiques; mais il ne faut pas confondre cette amaurose franchement intermittente, qui est du reste très-rare, avec l'amaurose périodique qui constitue l'affection singulière désignée sous le nom d'HÉMÉRALOPIE.

2° *Conditions pathologiques.* — Un grand nombre de conditions organiques, autres que celles que l'on rencontre dans le globe de l'œil, peuvent donner lieu à l'amaurose ou à des troubles amaurotiques; le nombre de ces conditions est même si grand, que l'on ne peut se flatter de n'en pas omettre en les énumérant. Cela se conçoit lorsque l'on songe aux lésions matérielles et aux modifications dynamiques si multipliées qui peuvent affecter l'appareil nerveux en général, et à la sensibilité exquise des nerfs de l'œil, qui sont souvent les premiers atteints.

Les conditions pathologiques de l'amaurose doivent être cherchées en dehors de l'œil : dans la cavité orbitaire, dans le cerveau, dans un organe éloigné, dans une maladie généralisée, ou enfin dans plusieurs de ces causes réunies.

Les *tumeurs* de la cavité orbitaire, développées au niveau des parties constituantes de l'orbite ou des parties voisines, peuvent comprimer le nerf optique ou le globe de l'œil, et produire une amaurose dont le *siége d'un seul* côté, la

saillie accidentelle de l'œil affecté et la constatation directe de la tumeur par la palpation, indiquent facilement l'origine.

Parmi les *affections du cerveau*, il en est un assez grand nombre qui se caractérisent par l'amaurose. Une simple congestion, même légère, peut produire une amblyopie passagère ; mais il n'est pas très-rare de rencontrer une amaurose persistante et progressive dépendant d'une lésion cérébrale. Il est alors souvent difficile, non-seulement de préciser cette lésion, mais encore de décider si c'est bien le cerveau qui est atteint. Dans certains cas, il existe bien un ensemble de phénomènes, tels que douleurs de tête, troubles plus ou moins profonds de l'intelligence, de la myotilité, de la sensibilité générale ou des sens spéciaux, phénomènes plus ou moins nombreux qui, par leurs caractères, leur coïncidence, leur marche, etc., mettent assez facilement sur la voie du diagnostic ; cependant il n'en est pas toujours ainsi. On a vu les troubles amaurotiques, et en particulier la faiblesse croissante de la vue, être le premier et le seul symptôme d'une affection cérébrale ; or, ce n'est que la marche ultérieure de la maladie et l'apparition d'autres signes qui peuvent, en pareille circonstance, révéler l'existence d'une lésion cérébrale. Suivant Beer, lorsque, dans la première période de l'amaurose, les objets paraissent tordus, pliés, raccourcis, allongés et plus rarement renversés, on doit placer la cause de l'amaurose dans le cerveau. Rayer, qui a publié un travail intéressant sur les tumeurs de la glande pituitaire, qu'il croit possible de diagnostiquer dans certains cas, signale l'amaurose comme l'un de leurs principaux signes ; deux fois sur cinq, l'amaurose fut, en effet, le premier symptôme de ces tumeurs (*Voy.* TUMEURS intra-crâniennes). L'amaurose est également une conséquence de l'hydrocéphalie. On l'a vue aussi produite par une tumeur du cervelet (H. Taylor). De plus, Brierre de Boismont a rencontré le même signe au début de certaines paralysies générales, et peut-être les faits qu'il a observés doivent-ils être rapppochés de ceux que Duchenne (de Boulogne) a réunis pour décrire l'ataxie locomotrice progressive, maladie qui débuterait fréquemment par des troubles amaurotiques, avec ou sans paralysies des muscles oculaires. L'ophthalmoscope, en permettant d'explorer la rétine, fournit au diagnostic des affections intra-crâniennes des éléments de diagnostic qui pourront avoir de l'importance (*Voy.* OPHTHALMOSCOPIE), et permettre d'expliquer les troubles amaurotiques dépendant de ces affections.

La *dyspepsie*, suivant Chomel, les *entozoaires* intestinaux, l'accumulation des matières fécales dans l'intestin par suite d'une *constipation* plus ou moins prolongée, l'*aménorrhée* doivent être rappelés comme autant d'origines réflexes de l'amaurose ou de l'amblyopie. Mais ce sont principalement les états morbides qui débilitent profondément l'économie, ou qui sont caractérisés par une altération du sang et une modification de l'appareil nerveux, qui se compliquent fréquemment de phénomènes amaurotiques. Aussi les rencontre-t-on comme conséquence des *pertes séminales involontaires*, des excès de *masturbation*, du *coït* trop fréquemment répété par les hommes d'un âge plus ou moins avancé. Chez les jeunes femmes, l'existence des phénomènes amaurotiques, observés accidentellement, doit toujours faire soupçonner l'*anémie* ou l'*hystérie* comme origine de l'amaurose. Des *désordres dentaires*, comme le docteur Hancock en a cité des exemples remarquables (*The Lancet*, 1859), la *névralgie trifaciale*, et une affection plus rare, la *névralgie générale* de Valleix, s'accompagnent aussi de ce signe. Il en est de même : des anémies *cachectiques ;* des *intoxications* saturnines, par le sulfure de carbone, par l'ergot de seigle ; de la *colique sèche* ou nerveuse endémique des pays chauds ; de la *syphilis constitutionnelle,* et surtout de la *maladie de Bright* et de la *glycosurie*. Enfin les troubles

amaurotiques se montrent quelquefois comme accident consécutif de certaines maladies, comme la *fièvre puerpérale*, sans qu'il y ait d'albumine dans l'urine (Eastlake), comme la *diphthérie*. Dans ce dernier cas, c'est une paralysie du sens de la vue, que l'on doit rapprocher des autres modes de paralysie succédant à des affections aiguës, paralysies sur lesquelles on a rappelé l'attention.

3° *Signification*. — Les particularités très-diverses que présentent soit l'amaurose complète, soit l'amblyopie, dans ces nombreuses conditions, peuvent quelquefois servir à révéler leur origine. C'est ainsi que l'amaurose due aux désordres dentaires, signalée par Hancock, disparut rapidement par l'extraction des dents malades. L'amaurose produite par des pertes séminales a le plus souvent atteint un seul œil avant d'envahir l'autre. Dans l'aménorrhée, on a vu les troubles de la vue disparaître aussitôt que les règles se sont montrées. Dans l'intoxication saturnine, les accidents amaurotiques ont été caractérisés le plus souvent par leur invasion rapide ou subite et par leur durée de quelques jours seulement. Mais ce dernier mode de manifestation de l'amaurose ne saurait être considéré comme propre à cette intoxication. Il en est de même pour celle qui se manifeste dans la maladie de Bright; celle-ci mérite toutefois une mention spéciale, en raison de l'importance séméiologique qu'on lui a attribuée.

Indiquée par Bright lui-même, cette amaurose était considérée comme un signe très-secondaire, lorsque Landouzy, dans un intéressant Mémoire (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849), insista sur sa valeur séméiologique dans cette maladie, et la signala comme étant à peu près constante. Les recherches nombreuses dont l'amaurose albuminurique a été l'objet, tant en France qu'à l'étranger, ont été résumées par le docteur Lécorché dans sa thèse (1858), de même que le docteur Charcot a résumé dans la *Gazette hebdomadaire* (1858) les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques que cette espèce d'amaurose a provoquées en Allemagne. Il résulte de ces différents travaux que, sur 280 malades de l'affection de Bright observés par différents auteurs, 62 présentaient de l'amblyopie (1 sur 4 ou 5); que les altérations de la vision sont loin par conséquent d'être constantes, tout en constituant un phénomène assez fréquent de la maladie; que les conditions qui contribuent à affaiblir l'économie favorisent le développement de l'amblyopie (Lécorché); qu'il n'y a aucune corrélation, comme l'avait déjà fait remarquer Landouzy, entre la quantité d'albumine contenue dans l'urine et le degré des altérations de la vision; que ces troubles, amblyopie ou cécité complète due quelquefois à une cataracte diabétique (Lécorché, *Arch. de méd.*, 1861), surviennent lentement ou subitement; qu'ils persistent quelquefois après la disparition de la maladie de Bright; et enfin que les troubles amaurotiques sont tantôt indépendants de toute lésion matérielle, et tantôt liés à des lésions de la rétine, dont les hémorrhagies intra-rétiniennes, visibles à l'aide de l'ophthalmoscope sont la principale. (*Voy.* OPHTHALMOSCOPIE.)

Il résulte de ce qui précède que l'amaurose complète ou incomplète, passagère ou durable, quelles que soient ses allures en un mot, sert rarement de base, par ses caractères propres, aux inductions diagnostiques qu'on en peut tirer. C'est principalement la constatation des phénomènes concomitants qui élucide la question d'origine; et, lorsqu'ils existent, la conclusion découle d'elle-même de l'observation de l'ensemble de ces phénomènes. Telle est l'amaurose hystérique lorsqu'elle s'accompagne de l'anesthésie de la peau et des accès de cette affection; telle est encore l'amaurose qui succède à la diphthérie, et qui le plus souvent s'accompagne d'une paralysie du voile du palais ou d'une paralysie générale incomplète (Maingault), dont la coïncidence est assez caractéristique

pour faire remonter à l'origine de la paralysie oculaire. Il peut néanmoins se présenter des difficultés de diagnostic dans certaines circonstances où la réunion de plusieurs symptômes semblerait devoir l'élucider. C'est ce qui arrive, par exemple, lorsque, à la paralysie de la vue, se joignent des paralysies de la myotilité générale, paralysies qui sont loin d'être constamment la conséquence d'une lésion des centres nerveux, comme le démontrent les paralysies hystériques, anémiques, etc.

Mais les plus grandes difficultés que peut présenter l'interprétation de l'amaurose résultent fréquemment de l'isolement apparent dans lequel ce signe s'offre au médecin. L'erreur diagnostique, dans ce cas, est parfois inévitable, malgré un interrogatoire et une investigation des plus minutieux; et à plus forte raison le diagnostic pourra-t-il être erroné, si l'examen du malade est superficiel. Dans les cas embarrassants, on devra rechercher s'il n'existe pas une des conditions que j'ai relatées, principalement des affections cérébrales commençantes ou des affections profondément débilitantes. L'examen de tous les appareils organiques, et en particulier l'examen des urines, dans le but d'y rechercher l'albumine ou la glycose, ne devra jamais être négligé dans les cas douteux : c'est un point capital de diagnostic, dont la solution révèle souvent l'état grave et latent dans lequel se trouve l'amaurotique, même lorsqu'il l'est à un faible degré.

AMÉLIORATION, AMENDEMENT. — Lorsque, dans le cours d'une maladie, on constate la décroissance des symptômes généraux, la diminution d'intensité ou d'étendue des signes locaux, et, à plus forte raison, leur disparition successive, on déduit une donnée pronostique favorable de l'amélioration ou de l'amendement que ces changements annoncent. Cette conclusion est si simple, qu'elle aurait à peine besoin d'être énoncée, si cette atténuation des phénomènes morbides était toujours définitive, et si elle devait, en toute circonstance, être favorablement interprétée. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et c'est sur les cas d'amélioration trompeuse ou mal jugée que je veux surtout insister.

Pour bien apprécier la légitimité d'une franche amélioration, il faut avant tout tenir compte de la marche naturelle croissante, stationnaire et décroissante des phénomènes morbides qui caractérisent les maladies; or, au premier abord, rien n'est plus mal déterminé dans la pathologie, pour la plupart des espèces nosologiques. Si l'on excepte, en effet, les fièvres éruptives et un petit nombre de maladies aiguës peu graves, dans lesquelles l'amélioration survenue à son époque habituelle est, par cela même, jugée de bon aloi, on ne peut affirmer qu'un amendement apparu soit celui de la période ultime et favorable de la maladie que l'on a sous les yeux. Ce sont surtout les améliorations qui surviennent à la suite de l'emploi de certains médicaments qui sont trompeuses, en ce sens que l'on peut attribuer à la médication les changements favorables qui ne sont que la conséquence naturelle de l'évolution régulière des phénomènes morbides. L'étude des variations de la température du corps dans les maladies est cependant venue modifier profondément la clinique à ce point de vue, comme on le verra à l'article THERMOMÉTRIE.

La cessation brusque et spontanée d'un phénomène morbide grave par son intensité, comme certaines douleurs, ou la suspension rapide et presque complète d'un ensemble d'accidents pathologiques, ont une signification souvent importante. L'essentiel est surtout, en pareille circonstance, de ne pas méconnaître un premier accès d'accidents pernicieux.

AMÉNORRHÉE. — C'est par un abus de langage que l'on a désigné à la

fois, sous le nom d'aménorrhée, soit la suppression ou l'absence complète des règles, soit leur simple diminution. Mais, comme cette manière de voir est généralement adoptée, je crois devoir m'y conformer, en faisant toutefois remarquer que c'est à tort que quelques auteurs ont compris la dysménorrhée dans la même division.

1° *Éléments du diagnostic.* — Sous le rapport du diagnostic pratique, les symptômes qui caractérisent l'aménorrhée doivent être considérés à part selon qu'elle consiste : 1° accidentellement en une *suppression brusque* du flux menstruel existant; 2° en une *suspension* ou une *absence* plus ou moins prolongée des époques menstruelles; 3° ou simplement en une *diminution* sensible du flux sanguin périodique.

Lorsqu'il y a suppression brusque et accidentelle, le fait de cette suppression tantôt constitue le seul élément du diagnostic de l'aménorrhée, et tantôt d'autres données résultent des phénomènes morbides qui sont la conséquence de la suppression, et qui sont les mêmes que ceux de la dysménorrhée : *douleurs lancinantes* dans le bassin avec irradiations dans les parties voisines, *coliques utérines,* sentiment de *pesanteur* vers le périnée, *malaise général, vertiges, céphalalgie,* troubles *dyspeptiques, flatuosités,* et parfois *ballonnement* de l'abdomen pouvant disparaître rapidement pour revenir bientôt. Lorsque l'aménorrhée est complète et résulte de la suspension plus ou moins prolongée des règles, les signes précédents peuvent se montrer périodiquement comme preuve des époques menstruelles avortées, surtout s'il s'y joint le *gonflement des mamelles* et une *susceptibilité nerveuse* plus ou moins caractérisée. Dans les intervalles, il existe souvent un ensemble de *phénomènes nerveux,* avec *décoloration* des téguments et souffles *cardio-vasculaires* (anémie). Enfin les mêmes phénomènes, avec ou sans troubles périodiques, peuvent s'observer avec une diminution notable des écoulements sanguins menstruels.

2° *Inductions diagnostiques.* — La connaissance de l'aménorrhée se révèle d'elle-même, lorsqu'elle est caractérisée par la suspension brusque d'un écoulement menstruel ou par la diminution habituelle du flux sanguin. L'aménorrhée par suspension complète, au contraire, n'est pas toujours aisément constatée ou interprétée. Elle peut, en effet, être dissimulée par les femmes, lorsqu'elles pensent qu'elle est un signe de grossesse qu'elles veulent cacher. D'un autre côté, rien n'est plus obscur que le fait du début de l'aménorrhée chez les jeunes filles pubères. Le développement suffisant des poils et des organes génitaux externes, avec l'amplitude du bassin, ont bien été donnés comme preuves que les règles doivent paraître, et que leur absence est le signe d'une aménorrhée primitive; mais on ne saurait toujours émettre que des probabilités dans de telles conditions, car ces conditions de puberté peuvent exister pendant assez longtemps sans aucun trouble de la santé, et sans que les menstrues se montrent. Il n'y a évidemment aménorrhée, dans cette circonstance, que lorsque cet état se prolonge au-delà de la période d'âge à laquelle se montrent les règles; mais cette période est elle-même si variable, quoiqu'on la sache plus tardive dans les climats froids et tempérés que dans les climats chauds (*Voy.* MENSTRUATION), que l'on n'en est pas moins réduit à des conjectures. Il en est de même à l'époque de la ménopause, lorsque les règles cessent de se montrer naturellement et sans accidents, à un âge peu avancé. Il est alors d'autant plus difficile de décider si l'aménorrhée est physiologique ou pathologique, qu'il peut survenir des troubles morbides dans les deux cas.

Lorsque, au fait de l'absence des règles, se joignent les phénomènes morbides que j'ai rappelés, il ne saurait y avoir de doute sur l'existence d'une véritable

aménorrhée; et si alors les signes de l'anémie s'observent en même temps, l'aménorrhée constituera avec elle une forme de CHLOROSE.

La recherche de la cause de l'aménorrhée est le point capital de son diagnostic; car, cette cause une fois bien déterminée, toutes les incertitudes cessent sur l'existence même de l'aménorrhée. Parmi ces causes, l'obstruction organique des voies génitales, lorsqu'il est permis d'en faire l'examen, est la plus péremptoire. Ces obstacles, dus à un vice de conformation congénital ou accidentel, sont : l'adhérence des grandes lèvres ou de l'orifice externe de la vulve, l'imperforation complète ou insuffisante de l'hymen, la soudure des parois opposées du vagin, ou de la muqueuse du vagin avec l'orifice du col utérin, l'imperforation de ce col lui-même, ainsi que Fournet en a rapporté un exemple (*Union méd.*, 1856), et l'absence de vagin et d'utérus, comme l'a constaté Raciborski (*Gaz. des hôpit.*, 1865). Dans ces différentes conditions, à l'aménorrhée se joignent les signes de la RÉTENTION du flux menstruel, qui provoquent l'exploration des voies génitales. Cette exploration peut révéler aussi, comme obstacle organique à l'écoulement des règles, une antéversion très-prononcée de l'utérus. En dehors de ces causes directement appréciables, il en est une foule d'autres auxquelles on a très-gratuitement attribué l'aménorrhée, et qu'il est inutile par conséquent de rappeler. Il faut en excepter cependant les vives impressions morales et l'influence du froid, dans les cas de suppression brusque de l'écoulement menstruel, et toutes les influences débilitantes, telles que les scrofules, la tuberculisation, le cancer, ou plutôt l'anémie qui en est la conséquence, comme elle l'est de certaines maladies aiguës plus ou moins prolongées (convalescence de la fièvre typhoïde).

Lorsque l'origine de l'aménorrhée, chez la femme qui a déjà été menstruée, ne pourra être rapportée à aucune des causes précédentes, on devra toujours soupçonner l'existence d'une GROSSESSE. On mettra toutefois hors de cause les premiers temps de la menstruation, où il y a naturellement des retards plus ou moins prolongés dans la réapparition des menstrues. Les commémoratifs et les troubles sympathiques que ressentent la plupart des femmes grosses, pourront mettre sur la voie de la vérité, sans que l'on puisse cependant aller au-delà de certaines probabilités (*Voy.* GROSSESSE). L'erreur est surtout à craindre dans les premiers mois de la gestation, lorsque l'on a affaire à des jeunes filles dont la constitution débilitée peut paraître une prédisposition à l'aménorrhée, et qui ont intérêt à dissimuler leur état de grossesse. Quant à l'aménorrhée de quelques mois, suivie de ménorrhagie, et que Parent-Duchâtelet a signalée comme fréquente chez les filles publiques, on doit se demander s'il ne s'agit pas de véritables avortements, qu'il faut toujours soupçonner lorsque des *règles abondantes* suivent leur suspension.

Si je rappelle que, de l'aveu de plusieurs auteurs, il peut y avoir absence complète des causes appréciables de l'aménorrhée chez un certain nombre de femmes, on ne peut se flatter d'en fixer l'origine dans tous les cas. On ne saurait donc admettre que l'aménorrhée est toujours symptomatique, comme le prétendent certains pathologistes. Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est là une simple opinion qui ne repose pas sur des preuves suffisantes, et qui, par conséquent, ne saurait être ni acceptée ni complétement niée.

A en croire les assertions de beaucoup d'auteurs, l'étude des *complications* de l'aménorrhée, qu'ils ont multipliées outre mesure, devrait avoir un rôle très-important dans le diagnostic. Mais les phénomènes pathologiques qui accompagnent l'aménorrhée peuvent jouer le rôle de cause ou d'accidents concomitants, aussi bien que le rôle de complications. Tels sont les phénomènes nerveux

se rattachant à l'*anémie;* telles sont ces *hémorrhagies* dites *supplémentaires* des règles, que l'on admet encore si souvent sans aucunes peuves, et malgré ce que nous ont appris les recherches anatomo-pathologiques modernes. Je ne nie pas l'existence de ces complications de l'aménorrhée, mais je dénonce la légèreté avec laquelle on les admet souvent sans y être autorisé par les particularités présentées par les malades. Pour être des complications justifiées, les hémorrhagies supplémentaires, qui se font par différentes voies, doivent *se répéter périodiquement* aux époques présumées des règles, et ne pouvoir être supposées sous la dépendance d'une autre affection.

3° *Pronostic.* — Le pronostic de l'aménorrhée considérée en elle-même n'a de gravité que dans certains cas de rétention du sang abandonnés à eux-mêmes. Il ne faut pas, en effet, rapporter à la suspension ou à la diminution notable des règles, les troubles plus ou moins inquiétants qui résultent des affections productrices de l'aménorrhée, affections considérées trop souvent comme effets de cette dernière. Il est évident que l'aménorrhée qui se montre dans la convalescence des fièvres graves, et en particulier à la suite de la fièvre typhoïde, n'a aucune influence fâcheuse, puisqu'elle peut, au contraire, faciliter le retour des forces par le défaut de déperdition sanguine. J'ai vu reparaître le flux menstruel, chez une jeune personne, onze mois seulement après le début d'une fièvre typhoïde grave, dont elle était très-bien rétablie depuis longtemps.

AMERTUME. — L'amertume que les malades accusent quelquefois dans la bouche ou le pharynx coïncide ordinairement avec un enduit plus ou moins épais de la langue et les autres signes de l'embarras GASTRIQUE. D'autres fois, l'amertume provient de la régurgitation d'une petite quantité de liquide bilieux dans l'arrière-gorge, ou de l'expulsion par le vomissement de matières renfermant une plus ou moins grande quantité de bile. Enfin une amertume insupportable ressentie à la gorge, après l'ingestion d'un médicament, peut mettre sur la voie d'une erreur pharmaceutique, lorsque de la strychnine ou du sulfate de quinine, par exemple, ont été pris pour d'autres substances.

AMPHORIQUES (Phénomènes). — L'air qui circule dans des cavités beaucoup plus vastes que les voies aériennes normales, soit dans un point du poumon, soit surtout dans la plèvre par une perforation pleuro-pulmonaire, et les bruits qui rententissent dans cet air accumulé, produisent, à l'auscultation, les phénomènes appelés *amphoriques* parce qu'ils semblent se passer dans une amphore ou bouteille vide.

1° *Caractères.* — Ces résonnances, ordinairement graves, du *souffle respiratoire*, de la *voix* et de la *toux*, prennent souvent un caractère *métallique* ou argentin, comme si les phénomènes acoustiques se passaient dans une cavité métallique. Il s'y joindrait accidentellement, suivant quelques auteurs, des bruits du même timbre, qui ne se produiraient plus dans l'intérieur des cavités dont il est question, mais dans des parties voisines, et qui viendraient retentir dans ces cavités elle-mêmes. Tels seraient les *bruits respiratoires* voisins de la cavité pleurale dans le pneumo-thorax (Saussier, *Thèse*, 1841), les *battements du cœur* (Barth, *Union méd.*, 1850), de simples mouvements de *déglutition*, et la *percussion* de la poitrine pendant l'auscultation (Trousseau). Mais ces dernières particularités se rapportent principalement aux résonnances métalliques, dont je m'occuperai ailleurs (*Voy.* MÉTALLIQUES [Phénomènes).

2° *Conditions pathologiques.* — On a cru pendant longtemps, depuis Laennec, que les phénomènes amphoriques, qui ne sont pas toujours au complet, ne se rencontraient que dans les cas de *pneumo-thorax*, ou dans ceux de vastes *cavernes pulmonaires.* Mais on est forcé de reconnaître aujourd'hui

qu'ils peuvent se produire aussi, non-seulement dans une vaste cavité, mais encore au niveau d'une *tumeur pulmonaire* rapprochée de la surface du poumon (Woillez), et au niveau du *poumon condensé* par les épanchements pleurétiques abondants, et sans doute aussi par d'autres causes analogues. J'ai publié en 1852 (*Arch. de méd.*, t. XXIX) une observation qui démontre l'existence de la respiration amphorique limitée au niveau d'une tumeur compacte, isolée au milieu du tissu pulmonaire sain. D'un autre côté, Barthez et Rilliet ont, l'année suivante, communiqué à la Société médicale des hôpitaux (*Archives de méd.*, 1853, t. I) un travail très-intéressant, basé sur six observations dans lesquelles le poumon, condensé et comprimé par un épanchement pleurétique considérable, donnait lieu, à son niveau, à la production du bruit respiratoire amphorique, sans excavation pulmonaire. Et comme à cette respiration amphorique se joignait quelquefois du gargouillement semblable à celui perçu au niveau des cavernes tuberculeuses, on comprend toute l'importance séméiologique de leur Mémoire. Béhier en a confirmé les conclusions (*Arch. de méd.*, 1854, t. IV) en rapportant deux nouvelles observations analogues de respiration amphorique dans la pleurésie. Le fait que j'ai observé démontre que cette maladie n'est pas la seule condition pathologique du phénomène; car si, dans mon observation, il existait d'un côté un épanchement pleurétique (avec une énorme tumeur fibro-plastique), comme Rilliet et Barthez le rappellent dans une note de leur Mémoire, le même bruit amphorique de la respiration était également entendu dans le poumon du côté opposé *exempt d'épanchement*, et seulement au niveau de la tumeur isolée dont j'ai parlé. Cette dernière condition de la respiration amphorique doit donc être acceptée comme une des origines anatomiques de ce bruit anormal. Quant à la condition physique de la production du phénomène, Barthez, Rilliet et Béhier sont d'accord pour l'attribuer à la transmission, avec exagération, du bruit produit dans la trachée et les grosses bronches à travers le tissu pulmonaire condensé. La même explication peut s'appliquer à mon fait, dans lequel la tumeur remplaçait le poumon condensé par compression; cela est si vrai, qu'à son niveau on percevait manifestement deux bruits, qui furent constatés par le docteur Louis : une respiration amphorique, transmise sans doute par la tumeur, et un bruit moelleux de respiration vésiculaire se passant certainement dans la couche de tissu pulmonaire sain, interposé entre la tumeur et les parois thoraciques. Le retentissement de la voix, suivant la remarque de cet éminent observateur, était double aussi : très retentissante profondément, et naturelle superficiellement. La discussion qui suivit la lecture du Mémoire de Barthez et Rilliet à la Société de médecine des hôpitaux de Paris démontra que plusieurs observateurs avaient rencontré des faits analogues aux leurs. Hardy rattacha les phénomènes à l'induration pulmonaire, et principalement à la *pneumonie chronique;* Barthez dit les avoir constatés dans des cas de tumeurs solides (anévrisme de l'aorte et *tuberculisation des ganglions bronchiques*), ce qui venait confirmer le fait que j'avais précédemment publié.

3° *Signification.* — Lorsque l'on percevra à l'auscultation de la poitrine des phénomènes amphoriques (respiration ou souffle amphorique, et résonnances métalliques), on devra rapprocher de l'existence de ces phénomènes les autres données diagnostiques de la maladie, pour déterminer la lésion anatomique existante.

S'il y a coïncidence du souffle amphorique et des résonnances métalliques, cette coïncidence doit immédiatement faire admettre l'existence d'une vaste cavité dans laquelle circule l'air, et qui est due à une *perforation pulmonaire* ou à une *très-vaste caverne tuberculeuse.* Dans le cas de perforation, il y a

a invasion subite d'une douleur vive et d'une dyspnée prononcée, la poitrine nd un son tympanique en général étendu, et parfois la succussion produit le uit de *flot* caractéristique; il y a alors hydro-pneumothorax. Dans le cas de verne très-étendue dans le poumon, il n'y a pas eu invasion subite d'accidents oraciques aigus, mais le malade est à une période très-avancée d'une phthisie lmonaire, et le son tympanique, s'il existe, n'est pas très-étendu. J'insiste r cette particularité de diagnostic différentiel que les bruits métalliques d'auslltation, quoique non constants dans les deux affections dont je viens de parler, e *s'observent qu'avec elles;* quand on les rencontrera, l'on ne pourra donc s avoir affaire à une tumeur ou à une pleurésie, avec épanchement et souffle nphorique limité. Dans les cas de pleurésie, d'ailleurs, les antécédents, l'étenue de la matité à la percussion du côté affecté, sauf dans le point où se produit souffle amphorique et qui est souvent le siége d'un son tympanique prononcé, ront éviter l'erreur. Cependant lorsque, au souffle amphorique sans résonnces métalliques se joindra du gargouillement (Barthez et Rilliet), et que ces gnes seront localisés dans la région sous-claviculaire, on pourrait croire à 'existence d'une caverne tuberculeuse qui n'existe pas. La possibilité du fait evra rendre réservé pour le pronostic en pareille circonstance.

Quant aux tumeurs isolées dans le poumon, condition anatomique extrêmeent rare, on pourra en admettre la présence chez un sujet préalablement tteint, dans d'autres parties du corps, d'une tumeur susceptible de généralisaion, si, dans un point limité de la poitrine, on constate à la fois : à la percusion, une *résonnance tympanique* contrastant avec le son normal des autres arties du thorax; et à l'auscultation, une *résonnance amphorique* du bruit espiratoire, sans résonnances métalliques, et sans qu'il y ait pleurésie avec panchement (*Voy.* PLEURÉSIE, PNEUMOTHORAX, TUMEURS de la poitrine et ÉTALLIQUES [Bruits).

AMYGDALES — Ces deux glandes, situées de chaque côté de l'isthme u gosier, reposent entre les piliers du voile du palais sur un plan résistant qui it que, lorsqu'elles augmentent de volume, elles se développent l'une vers autre de manière à se toucher parfois complétement, tout en conservant une ertaine mobilité, et à empêcher l'exploration du pharynx. D'autres fois, au ontraire, étant d'un très-petit volume, elles sont presque masquées par le ilier antérieur correspondant du voile du palais.

Les amygdales, ou tonsilles, participent aux *lésions* locales qui caractérisent es diverses espèces de PHARYNGITES, et leur inflammation constitue la lésion aractéristique de la pharyngite dite *tonsillaire*. Elles peuvent être le siége *d'abcès* consécutifs, de *plaques muqueuses* ou *d'ulcérations* syphilitiques, de *tumeurs* diverses, et d'une *hypertrophie* ordinairement attribuée soit à une constitution scrofuleuse, soit à des inflammations successives.

Les amygdales fournissent des *signes* utiles au diagnostic dans l'amygdalite primitive ou symptomatique. Ce sont : la douleur spontanée, ordinairement légère; la douleur provoquée par le passage de l'air et surtout par la déglutiion; cette dernière espèce de douleur est souvent le premier signe de l'affection les amygdales, et son intensité présente des degrés très-variables, qui sont oin d'être toujours en rapport avec l'intensité des lésions locales. Le timbre le la voix est sensiblement modifié par le volume exagéré des amygdales; l a un caractère guttural particulier, dont la résonnance est comme empêchée par la présence d'un corps étranger dans le pharynx. Un flux parfois trèsbondant des glandes salivaires accompagne assez souvent aussi les inflammaions aiguës des amygdales. Mais ces différents signes seraient insuffisants

pour le diagnostic, si l'on n'avait recours à l'exploration directe des parties.

Cette *exploration* s'opère principalement à l'aide de la vue, en faisant ouvrir largement la bouche au malade et en abaissant la langue au besoin (*Voy.* PHARYNX). On juge ainsi du *volume* des amygdales, de leur *couleur*, des *inégalités* de leur surface, de l'existence les *concrétions* blanchâtres et comme caséeuses qui occupent des lacunes de ces glandes, et qu'il faut se garder de confondre avec les véritables *fausses membranes diphthériques* grisâtres, minces et transparentes, qui peuvent y être limitées, ou que l'on peut y apercevoir en même temps que sur le voile du palais ou à la paroi postérieure du pharynx. Par la vue, l'on constate également les *abcès*, et surtout les *ulcérations* diverses dont ces glandes sont le siége. Mais il peut arriver que l'inspection de l'isthme du gosier soit rendue impossible par suite de l'intensité de l'inflammation étendue jusqu'au voisinage du muscle ptérigoïdien interne, ce qui s'oppose à un écartement des mâchoires suffisant pour l'exploration. Il faut alors, si faire se peut, *palper* les amygdales avec l'indicateur introduit entre les arcades dentaires jusqu'à l'isthme du gosier; on juge ainsi du gonflement, de la consistance et, s'il en existe, de la *fluctuation* des amygdales. A plus forte raison pourra-t-on avoir recours à cette *palpation* directe des amygdales, lorsque l'écartement des mâchoires sera facile.

AMYGDALITE. — *Voy.* PHARYNGITES.

AMYLOÏDE (Dégénérescence). — C'est une forme d'induration, appelée ainsi par Virchow, mais qui n'est autre chose que la *dégénérescence lardacée* ou *cireuse*.

ANALGÉSIE. — *Voy.* ANESTHÉSIES.

ANAMNESTIQUES. — *Voy.* EXAMEN DES MALADES.

ANAPHRODISIE. — Elle consiste dans l'*absence de désirs vénériens*, et n'a de valeur que lorsqu'elle est réunie au défaut d'érection du pénis, pour constituer l'IMPUISSANCE (*Voy.* ce mot).

ANASARQUE. — On admet généralement deux variétés de l'hydropisie du tissu cellulaire sous-cutané, l'anasarque et l'œdème, qui ne diffèrent d'aspect que par la généralisation ou la localisation de l'infiltration séreuse. Cependant la généralisation de l'hydropisie sous-cutanée dans l'anasarque ne doit pas être prise dans un sens absolu; car il faut admettre qu'elle existe aussi lorsqu'une infiltration œdémateuse se montre simultanément ou successivement dans différentes parties éloignées les unes des autres. De plus, un œdème, local d'abord, peut devenir général et multiple, et n'être qu'un premier degré d'anasarque. Il me paraît donc nécessaire de comprendre par le mot anasarque non-seulement les infiltrations séreuses généralisées ou localisées dans plusieurs régions à la fois, mais encore tout œdème, d'abord isolé, dû à l'une des causes générales dont il sera parlé plus loin.

1° *Caractères.* — L'infiltration qui constitue l'anasarque se produit d'une manière rapide ou lente. — Dans le premier cas, l'anasarque est dite aiguë : elle peut envahir tout le corps en un ou deux jours, ou seulement se montrer en divers points du corps, aux extrémités inférieures, aux paupières, aux mains, aux membres supérieurs, etc. La peau des parties infiltrées peut avoir une teinte naturelle ou rosée, rouge ou bleuâtre, et, si la distension est excessive, être élastique et reprendre son relief primitif après avoir été comprimée; cette pression est quelquefois douloureuse. Dans le cas le plus ordinaire d'infiltration non excessive, la pression des doigts laisse son empreinte sur les téguments, qui ne reprennent que lentement leur premier niveau. — Dans l'anasarque chronique, la peau est un peu pâle, mate, indolente à la pression, qui y laisse son

empreinte marquée; les parties infiltrées ont quelquefois un certain degré de transparence, si le tégument est mince et infiltré lui-même; d'autres fois l'épiderme est épaissi, rugueux par suite d'une exfoliation épidermique, lorsque l'anasarque est ancienne; et, dans ce dernier cas, la peau peut se couvrir de taches lacées ou se fendiller en crevasses qui laissent en partie écouler la sérosité, qui sont suivies de cicatrices blanches, analogues à celles que présente l'abdomen des femmes qui ont eu des enfants. Tels sont les signes locaux de l'anasarque, qui est toujours plus prononcée vers les parties déclives du corps. — Lorsque, dans sa marche aiguë ou chronique, elle affecte, comme je l'ai rappelé plus haut, la plus grande étendue du tissu cellulaire sous-cutané, elle se complique d'hydropisies internes, en général moins considérables que l'externe.

Dans les cas où l'anasarque débute comme un œdème dû à une cause locale, une seule partie, il faut rechercher avec soin si, vers la partie interne des membres ou dans les parties voisines des régions qui supportent habituellement le poids du corps dans le décubitus, on ne trouve pas d'autres points envahis par l'infiltration séreuse; elle peut échapper alors à la vue et n'être sensible qu'à la pression, les doigts restant imprimés dans le pli de peau qu'ils pressent. L'anasarque qui débute par les extrémités inférieures a ordinairement une marche continuellement envahissante, ce qui démontre qu'elle ne tient pas à une cause locale dès qu'elle s'étend à des parties de la moitié supérieure du corps.

En dehors de ces caractères de l'hydropisie qui constitue l'anasarque, il en existe d'autres dans les différents organes; mais ils dépendent des conditions pathologiques dans lesquelles se montre cette hydropisie, et non de l'anasarque elle-même.

La tuméfaction qui résulte de l'anasarque ne saurait être confondue avec le gonflement rapide, plus ou moins étendu, et ordinairement congestif qui résulte de certains empoisonnements, ni avec l'*emphysème sous-cutané*, qui donne lieu à une sensation de craquement caractéristique, ni avec l'*éléphantiasis*, facilement reconnaissable à une hypertrophie monstrueuse localisée dans la partie affectée, ni enfin avec le *sclérème*, dans lequel la peau, dure et résistante, ne se laisse nullement déprimer. Cependant j'ai rencontré une anasarque produite par une maladie du cœur, et dans laquelle les membres inférieurs, distendus par l'infiltration, offraient presque la résistance du bois.

2° *Conditions pathologiques.* — Si l'on admettait, avec certains observateurs, que toute anasarque révèle l'existence d'une maladie de Bright, on n'aurait qu'à signaler cette dernière affection comme unique condition pathologique de l'anasarque, qui, dès lors, serait toujours due à la désalbuminisation du sang résultant de la perte de son albumine par les urines. Mais cette opinion radicale n'est pas généralement admise, des faits contradictoires plus ou moins légitimes ayant été observés, d'anasarque sans perte d'albumine par les urines. Il n'est pas possible du moins de nier que la maladie de Bright ne soit une cause habituelle de l'anasarque. Les affections du cœur avec gène de la circulation, les lésions graves du poumon, certaines rétentions d'urine avec distension de la vessie, enfin certaines altérations du sang, doivent aussi être considérées comme autant d'origines de l'anasarque, ainsi qu'on va le voir.

a. — *Anasarque dans la maladie de Bright.* — L'anasarque est un signe qui doit toujours faire rechercher immédiatement s'il y a de l'albumine dans les urines; car, jointe à l'albuminurie bien constatée, elle est une des bases principales du diagnostic de la maladie de Bright. Cependant il est admis que l'albuminurie peut exister sans anasarque dans la maladie de Bright, et même que la mort peut survenir avant que l'hydropisie sous-cutanée se montre; mais ce sont des

faits exceptionnels, et l'anasarque n'en constitue pas moins un des principaux signes de la maladie.

Dans la maladie de Bright aiguë, l'anasarque peut être *rapidement générale* ou multiple; et ici deux cas peuvent se présenter : ou bien l'anasarque survient rapidement *sans maladie préalable*, ou bien elle apparaît *dans le cours d'une maladie fébrile* préexistante.

Dans le premier cas, où l'anasarque se montre d'emblée, elle débute avec la fièvre et l'albuminurie, ordinairement à la suite de l'*action du froid* sur le corps couvert de sueur, de l'exposition prolongée au *froid* et à l'*humidité*, ou de l'*ingestion de boissons glacées* après un exercice actif. L'anasarque apparue dans ces conditions est rapidement considérable, et parfois avec injection manifeste de la peau. Elle révèle alors d'une manière évidente, aux yeux de la plupart des observateurs, la maladie de Bright aiguë, dite primitive ou *idiopathique*. Cependant on doit douter qu'il en soit toujours ainsi. D'abord Bizot (de Genève) et Thierfelder ont rencontré l'anasarque fébrile aiguë comme signe de véritable *aortite;* Chomel a vu une *hémorrhagie considérable du péricarde* s'accompagner également d'une anasarque rapide; et quoique, dans ces faits divers, l'état des urines n'ait pas été indiqué, ils n'en doivent pas moins fixer l'attention. D'un autre côté, l'on a admis comme primitive, indiopathique ou *simple*, c'est-à-dire comme une maladie à part, l'anasarque aiguë qui survient dans les conditions de refroidissement indiquées plus haut, et avec absence d'albumine dans les urines. H. de Castelnau, notamment, a observé deux faits de cette espèce (*Arch. gén. de méd.*, 1844, t. V, p. 141), sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Lorsque l'anasarque caractérisant la maladie de Bright aiguë survient dans le cours d'une maladie fébrible, cette anasarque, jointe à la présence de l'albumine dans les urines, a la même importance; mais rarement l'infiltration est aussi rapidement généralisée que dans les faits dont il vient d'être question. C'est surtout dans le décours de la scarlatine qu'on l'observe. Sans rappeler les autres maladies et la grossesse, dans lesquelles l'anasarque et l'albuminurie se rencontrent (*Voy.* Bright), je mentionnerai ce fait que, dès le siècle dernier, l'anasarque des femmes enceintes a été rattachée à l'éclampsie, avant que ces deux phénomènes, anasarque et éclampsie, aient été rapprochés de leur cause la moins contestée : l'albuminurie.

Pour établir que l'anasarque est un signe de maladie de Bright, l'examen des urines est donc indispensable dans tous les cas d'anasarque ou d'œdème dont on veut déterminer l'origine. C'est ce qu'a fait, dans un but scientifique, Simpson, qui a constaté ainsi l'albuminurie chez deux enfants atteints de sclérème (dont l'anasarque est un élément habituel); et il en a conclu, sans que le fait ait été vérifié depuis, que le sclérème avait la plus grande analogie avec l'anasarque albuminurique (*Monthly Journ. of med. sc.*, 1852). Si de semblables recherches tendent à agrandir l'influence de la maladie de Bright, considérée comme origine de l'anasarque, elles peuvent servir aussi à en préciser les limites. C'est ainsi que Barthez et Rilliet ont constaté, deux fois au début et sept fois dans la convalescence de la *fièvre typhoïde* des enfants, une anasarque sans urines coagulables, et qui a été suivie de guérison dans tous les faits observés (*Traité des mal. des enfants,* 1853, t. II, p. 707). Chez l'adulte, des faits semblables ont été rencontrés par le docteur Leudet, qui a démontré que cette anasarque, indépendante de toute lésion rénale, apparaissait en général à la deuxième ou à la troisième semaine de la maladie, pour disparaître, sans offrir de gravité, en deux ou trois semaines (*Arch. gén. de méd.*, 1858, t. XII).

L'absence de toute recherche relative à la présence de l'albumine dans l'urine, dans les faits d'anasarque plus ou moins anciennement publiés, ou l'insuffisance de ces recherches, ne permet pas de déterminer, dans ces faits, la véritable cause de l'hydropisie sous-cutanée. Telles sont, entre une foule de cas inutiles à énumérer, les anasarques remarquables par leur analogie avec celle de la maladie de Bright aiguë qui ont été signalées dans la forme hydropique du BÉRIBÉRI et les anasarques observées par Genest (*Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XIX) comme symptôme le plus fréquent de l'ACRODYNIE.

b. — *Anasarque des maladies cardiaques et pulmonaires.* — J'ai rappelé plus haut que l'anasarque était quelquefois symptomatique d'une *aortite* ou d'une *hémorrhagie du péricarde;* mais ce sont là des faits très-rares. Presque toujours, l'anasarque qui dépend des organes centraux de la circulation est produite par des obstacles au cours du sang, dus à des *lésions anatomiques des orifices* cardiaques. Dans les faits de cette espèce, l'anasarque est quelquefois considérable, lorsque l'obstacle au cours du sang est très-prononcé; d'autres fois l'infiltration séreuse est peu marquée, mais multiple. Suivant Martin Solon, l'infiltration sous-cutanée se distinguerait ici par une résistance des tissus bien moindre que dans la maladie de Bright. — Il faut rapprocher de l'anasarque due aux maladies du cœur celles qui résultent des troubles profonds survenus dans les organes respiratoires, troubles qui sont dus à une lésion qui gêne la circulation du sang à travers les poumons, comme les rétrécissements des orifices du cœur la gênent à travers les cavités de cet organe. L'anasarque survenant par le fait de l'obstacle au cours du sang dans les maladies pulmonaires est momentanée ou permanente, comme la cause qui la produit. Les *congestions pulmonaires* dans les maladies du cœur, les *bronchites généralisées*, surtout avec emphysème pulmonaire, les *tubercules* ayant envahi la plus grande partie des poumons, l'*ostéomalacie* par la gêne mécanique qu'elle apporte à la respiration comme aux fonctions du cœur, peuvent déterminer ces anasarques.

c. — *Anasarque par rétention d'urine.* — Lorsqu'on ne peut expliquer l'anasarque par les causes précédentes, il faut rechercher si la vessie ne forme pas une tumeur globuleuse au-dessus du pubis. La certitude de cause à effet entre cette tumeur et l'anasarque est démontrée par la disparition de l'anasarque après l'évacuation de l'urine par le cathétérisme. Ce qui peut tromper en pareil cas, c'est que la rétention d'urine n'est pas absolue, et que l'émission de l'urine n'est qu'entravée ou diminuée. L'atonie de la vessie, un calcul, le plus souvent une maladie de la prostate déterminent cette condition pathologique de l'anasarque. C'est ce qui ressort d'un Mémoire de Bourgeois (d'Etampes) sur deux faits de ce genre (*Acad. de méd.*, 1855), d'une leçon clinique de Trousseau (1865) et de deux faits observés par Davreux à Liége (*Le Scalpel,* 1865).

d. — *Anasarque par altérations du sang.* — Les altérations du sang, qui sont le point de départ de l'anasarque et des autres hydropisies, ne sont pas toutes parfaitement connues. La principale paraît être celle que Andral et Gavarret ont indiquée : la *diminution de l'albumine du sang.* Cette désalbuminisation du sang est évidente dans la maladie de Bright, ou plutôt par le fait de l'albuminurie qui l'accompagne; les deux observateurs que je viens de citer, en effet, l'ont directement constatée et ont vu l'albumine du sang reprendre sa proportion normale à mesure que l'albumine des urines diminuait ou disparaissait de ce liquide (*Rech. sur les modifications de proportion de quelques principes du sang*, 1840, p. 93). Mais il n'y a pas toujours un rapport évident entre la quantité d'albumine perdue et le degré de l'anasarque, puisque, dans certaines albuminuries très-aiguës, une anasarque énorme se montre quelquefois

en vingt-quatre heures, dès le début de la maladie. La désalbuminisation ne suffit donc pas, quoi qu'on en ait dit, pour expliquer tous les cas d'anasarques avec albuminurie. Quant à l'anasarque sans albuminurie, il n'est pas complétement démontré que la diminution de l'albumine du sang en soit l'origine. C'est ce que l'on peut dire aussi des faits d'anasarques qui succèdent à la *dyssenterie* et aux *diarrhées chroniques*, principalement chez les enfants; car on n'est nullement autorisé à considérer en pareil cas, avec le docteur Chiara (*Thèse*, Montpellier, 1847), les évacuations alvines comme une cause de spoliation du sang de son albumine, analogue à celle que produit l'albuminurie dans la maladie de Bright. Le même doute existe pour l'anasarque qui dépend de l'anémie, et dont H. de Castelnau (*loc. cit.*) a rapporté des exemples; on peut en rapprocher les faits de Barthez et Rilliet et de Leudet dont il a été question plus haut. Cependant Devilliers fils et Regnauld, dans leur Mémoire sur les hydropisies des femmes enceintes (*Arch. de méd.*, 1848, t. XVI), ont essayé de démontrer que l'anasarque sans albuminurie des femmes enceintes dépendait d'une diminution de l'albumine du sang. Ils rapportent que le sang de 25 saignées, pratiquées à différentes époques de la grossesse, contenait en moyenne 68,6 d'albumine sur 1,000 parties de sang dans les sept premiers mois, et 66,4 seulement dans les deux derniers mois, la proportion normale étant de 70 pour 1,000 chez la femme hors l'état de gestation. Ces résultats intéressants montrent bien que l'albumine du sang diminue de quantité durant la grossesse, mais non qu'il y a eu relation évidente entre cette diminution et l'anasarque ou l'œdème des femmes en état de gestation. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour résoudre complétement le problème de la désalbuminisation du sang dans les anasarques des sujets anémiques exempts d'albuminurie, que l'anémie soit simple (obs. IV de H. de Castelnau), ou bien qu'elle dépende de maladies fébriles graves (fièvre typhoïde), ou des états complexes dénommés *cachexies*.

3° *Signification*. — Il y a un fait qui domine la question séméiologique de l'anasarque : c'est le doute relatif à l'existence de l'anasarque primitive ou idiopathique. Malheureusement, et malgré les raisons données par les partisans comme par les adversaires de l'existence de ce genre d'anasarque, le doute persiste, faute de faits suffisamment probants. Dans cet état de choses, il y aurait de l'inconvénient à adopter l'anasarque idiopathique comme positivement démontrée. Depuis que Bouillaud a signalé les obstructions vasculaires veineuses comme causes d'hydropisie, n'a-t-on pas dû rattacher l'anasarque, non-seulement à la maladie de Bright, mais encore aux maladies du cœur, à l'anémie, à la désalbuminisation du sang? L'aortite n'a-t-elle pas été signalée aussi comme origine de l'anasarque fébrile? Pourquoi, dès lors, au lieu d'affirmer que l'anasarque est idiopathique en dehors de ces conditions, ne pas admettre, avec un point de doute qui provoque des investigations nouvelles, qu'elle est due à un état pathologique encore inconnu?

L'hydropisie sous-cutanée généralisée ou multiple qui constitue l'anasarque doit dès lors être considérée toujours comme symptomatique, pour que l'on ne néglige pas de rechercher avec soin l'existence des causes connues. D'après ce que j'ai exposé plus haut, on peut trouver l'origine de l'anasarque : 1° dans un *obstacle au cours du sang* au niveau des organes centraux de la circulation ou de la respiration; 2° dans l'altération du sang qui résulte de la *diminution de son albumine* éliminée par les urines, élimination dont la coïncidence avec l'anasarque démontre l'existence de la maladie de Bright; 3° en l'absence de l'albuminurie, que l'on doit rechercher dans tous les cas d'anasarque ou même d'œdème, dans un *état du sang encore inconnu* dans sa nature et qui paraît,

s un certain nombre de cas, se rattacher à un état d'anémie simple ou d'ané- cachectique; 4° enfin, avec un point de doute, à l'*aortite,* si elle était indé- dante de l'albuminurie dans les faits observés.

Lorsqu'une infiltration séreuse sous-cutanée sera assez limitée pour faire ire à un simple œdème, on admettra qu'il y a réellement anasarque dans le s que je lui ai donné, si l'une des causes que je viens de rappeler est mani- te, et si l'on constate, au contraire, l'absence de toute cause locale telle qu'une ltération veineuse ou une maladie du foie. (*Voy.* ALBUMINURIE, ŒDÈME).

ANÉMIE. — On a distingué avec raison l'anémie partielle de l'anémie gé- rale; mais je n'ai à m'occuper ici que de cette dernière. Elle peut se manifes- anatomiquement par trois états différents du sang : 1° par la diminution de masse sanguine normale; 2° par la diminution de ses globules rouges ou hé- ties (aglobulie); 3° par l'augmentation relative ou absolue de la partie aqueuse ce liquide. L'étude de l'anémie n'exige pas d'être faite à part pour chacune ces divisions.

L'anémie devrait à la rigueur être considérée comme un symptôme. Mais, me elle constitue par elle-même un état complexe bien défini, dont les ca- tères nombreux se retrouvent dans tous les cas, et que cet état morbide peut sulter de simples influences hygiéniques, il y a nécessité de la considérer aux mes points de vue que les maladies proprement dites.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les signes de l'anémie sont très-nombreux, et r proportion est très-variable chez les différents malades. Ils peuvent être ainsi sumés :

A l'extérieur : la *décoloration* ou la *pâleur* des téguments de la face, de la au des autres parties du corps et des muqueuses visibles; une *langueur géné- le.* — Du côté de l'appareil circulatoire : *pouls* petit et faible, *sensibilité au oid, lipothymies* ou *syncopes, palpitations fréquentes, congestions passa- res* vers la tête ou d'autres parties du corps; — du côté de l'innervation : *sen- tion vague* dans la tête, *douleurs névralgiques* variées, principalement à la ce, au crâne et au tronc, où elles sont fréquemment dorso-intercostales et se ent spécialement, chez beaucoup de sujets, au niveau de la *région sous-mam- aire* gauche; *tendance au sommeil,* qui est ordinairement très-prolongé la it, *fourmillements, engourdissements* dans les membres, *abattement,* plus rement *convulsions, paralysies* des muscles ou de la sensibilité (AMAUROSE, RDITÉ, ANESTHÉSIE); — vers les organes respiratoires : *anhélation* facile, yspnée spontanée; — vers les organes digestifs : *douleurs gastralgiques, yspepsie, constipation,* rarement *coliques* et *météorisme.*

L'exploration du *sang* démontre qu'il est moins coloré, plus séreux que dans état normal, et que son écoulement par les voies naturelles ou artificielles est uelquefois presque incoercible; son caillot est couenneux (Andral). — A l'aus- ultation : *souffle* doux au premier temps à la base du cœur, se prolongeant ans les vaisseaux du cou, souffle parfois musical ou ronflant, intermittent ou ontinu, dont la valeur comme signe a été discutée et contestée dans ces der- ières années, comme nous le montrerons tout à l'heure.

2° *Inductions diagnostiques.* — Pour reconnaître l'existence de l'anémie, remière question à résoudre, on a égard à l'état actuel, aux commémoratifs et ux particularités qui se rattachent au diagnostic différentiel.

Relativement à l'état actuel, il arrive fréquemment que la seule inspection du alade fait immédiatement soupçonner l anémie; l expression languissante de la hysionomie, la pâleur des téguments et surtout celle des muqueuses appa- entes, des lèvres, de la langue, sont, en effet, les premiers signes remarqués.

On est ainsi conduit à rechercher les autres signes du côté des organes circulatoires et du côté de l'innervation, sous la dépendance desquels il faut placer les troubles respiratoires et digestifs. Les phénomènes que l'on constate alors ne laissent aucun doute sur l'existence de l'anémie, si elle existe réellement. Mais il ne faut pas oublier que l'ensemble des signes rappelés plus haut, et qui sont les mêmes pour toutes les formes d'anémies que je rappellerai plus loin, varient du plus au moins, pour le nombre et pour l'intensité relative, suivant les sujets. Jusqu'à ces derniers temps, on avait admis que les souffles et bruits musicaux cardio-vasculaires étaient les signes qui avaient le plus de valeur; mais cette opinion, déjà ancienne, a été contestée, et des recherches plus complètes sembleraient en restreindre la signification.

L'anémie vraie (diminution de la quantité normale du sang) n'a, suivant Potain, qu'une part restreinte à la production de ces souffles, et tend plutôt à les atténuer, tandis que l'aglobulie et l'hydrémie contribuent à les faire naître : d'abord parce que le sang plus ténu vibre mieux; en second lieu parce qu'il traverse plus rapidement les capillaires. L'impulsion cardiaque, le degré de dilatation des capillaires, les dispositions plus ou moins favorables de la paroi du vaisseau, l'arrangement des parties molles qui l'entourent et de l'instrument explorateur, sont autant de conditions qui favorisent ou empêchent la production du souffle (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. ANÉMIE, t. IV).

Le souffle carotidien ne doit donc plus, suivant Potain, servir à faire diagnostiquer l'anémie, car il se produit par des causes secondaires, comme la position superficielle de l'artère, la pression du stéthoscope, l'énergie ou la brusquerie des contractions cardiaques, toutes conditions indépendantes de l'anémie. Il n'en est pas de même des bruits veineux continus ou intermittents qui sont de très-bons signes d'aglobulie ou d'hydrémie. De son côté, Parrot a émis la même idée, en considérant toutefois les bruits veineux comme se rattachant à l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou tricuspidien, insuffisance qui serait démontrée par le pouls veineux des jugulaires (*Voy.* VASCULAIRES [Bruits).

Cependant Bondet combat cette interprétation des bruits vasculaires anémiques, qu'il croit être artériels et dépendre d'un rétrécissement de l'orifice aortique. Ce rétrécissement, par la comparaison de cet orifice à celui de l'artère pulmonaire, serait de 8 à 20 millimètres, et résulterait d'un phénomène de pure élasticité, comme le retrait des parois artérielles noté par Vernois dans l'anémie. Pour Bondet, le fait maintes fois constaté est pour lui incontestable (*Gaz. méd. de Lyon*, 1867). Quoi qu'il en soit, les bruits anémiques vasculaires n'existent pas dans tous les cas d'anémie incontestables.

Si je ne parle pas de la diminution des globules du sang comme signe pathognomonique de l'anémie et par conséquent comme signe le plus important, c'est que, d'un côté, la constatation en est difficile et le plus souvent même impossible, puisque l'on ne saurait extraire du sang de la veine sans nuire au malade; et, d'un autre côté, en supposant le sang obtenu, l'analyse en est trop compliquée pour qu'on la donne comme un moyen à employer (*Voy.* SANG).

L'état actuel, que l'on constate par l'examen des malades, démontre souvent l'existence d'une cause alors persistante d'anémie : une *hémorrhagie* à laquelle on assiste, la *grossesse*, l'*allaitement* mal réglé, le plus souvent une *maladie* plus ou moins ancienne, comme je le rappellerai tout à l'heure.

Les commémoratifs, comprenant l'étiologie, la marche antérieure de la maladie, et quelquefois les résultats du traitement déjà suivi, viennent éclairer ou confirmer le diagnostic de l'anémie. — L'interrogatoire révèle presque toujours des particularités étiologiques qui expliquent l'apparition de l'anémie. Tantôt ces

éléments diagnostiques se rapportent simplement à l'hygiène, comme une mentation insuffisante, une habitation insalubre par défaut d'air et de lu (surtout dans l'intérieur des mines), un *travail musculaire* habituel exa des excès vénériens. L'anémie des mineurs est considérée par Riembault (giène des ouvriers mineurs, 1863) et par P. Lorrain (*Nouv. dict. de mé de chir. prat.*, 1865, t. II) comme la conséquence de l'humidité, du défa lumière, d'un air imparfaitement renouvelé, de mauvaise nourriture et d' alcooliques. Jourdanet (*Le Mexique et l'Amérique tropicale*, 1864) a d une anémie des altitudes (mal des montagnes) qu'il attribue à la soustractio recte de l'oxygène du sang par la diminution de pression barométrique. Enfin, vant Corlieu, le séjour prolongé au milieu d'une lumière artificielle trop produirait l'anémie par l'action désoxygénante de cette lumière. Dans ces rentes circonstances, l'anémie est dite idiopathique. Dans les autres condit tantôt la cause de l'anémie est accidentelle (une *hémorrhagie* par exem tantôt elle résulte d'une maladie antérieure plus ou moins grave. Dans ce de cas, la maladie qui doit être considérée comme l'origine de l'anémie est que fois disparue, laissant subsister l'anémie après elle; d'autres fois, cette ma persiste encore. Les maladies aiguës prolongées ou qui atteignent profondé l'économie (la fièvre typhoïde dans nos contrées, par exemple), les mal constitutionnelles (scrofules, syphilis constitutionnelle, scorbut, into tions, etc.), et la plupart des maladies chroniques avec troubles fonctionne lésions graves d'organes essentiels à la vie, avec hémorrhagie répétées, flu pertes d'une grande abondance, s'accompagnent ou sont suivies d'anémie. on a admis une anémie produite par l'alcoolisme. — La marche antérieur accidents, l'invasion subite ou graduelle, suivant la cause, des phénomènes niques, sont des circonstances dont il faut aussi tenir compte. — Enfin le sultats d'un traitement antérieur, l'amendement qui a suivi l'emploi des toni et surtout des ferrugineux, et l'aggravation qui est au contraire résultée de l' des débilitants, fournissent encore des données qui peuvent être utilisées.

Le diagnostic différentiel de l'anémie présente une grande importance en ou de ce fait, qu'il arrive fréquemment que certains signes ou symptômes miques sont prédominants par rapport aux autres, et attirent plus spéciale l'attention. Il en résulte que l'on confond alors facilement l'anémie existante les maladies dont ces signes ou symptômes observés sont la principale ex sion. Les palpitations et les syncopes ont pu faire croire à une affection orga du *cœur*, principalement chez les femmes qui ont en même temps une do névralgique sous-mammaire gauche; les troubles digestifs ont fait assez so supposer une lésion de l'*estomac;* ceux de la respiration, joints à l'alang ment général des autres fonctions, une *phthisie pulmonaire ;* l'amaurose, l'affaiblissement musculaire, les convulsions, une lésion des *centres nerveux* Dans la plupart des cas, de semblables méprises sont cependant faciles à par l'interrogatoire et un examen complet du malade, qui permettent de gr des éléments suffisants pour arriver au diagnostic. Toutefois, il y a des constances où il est difficile de se prononcer. Relativement à la phthisie exemple, Rilliet a insisté avec raison, mais un peu trop peut-être, sur les cas de chlorose avec fièvre, sueurs profuses, amaigrissement progressif rapide, pui sèche, parfois même hémoptysie(?), et que l'on pourrait d'autant plus facile confondre avec la phthisie pulmonaire, que celle-ci ne donne pas toujours l son début à des signes locaux caractéristiques. Rilliet admet pourtant qu'il d'avoir constaté à plusieurs reprises la pureté de la respiration et le bru souffle carotidien (lisez veineux) pour que le diagnostic soit fixé, et que l'on

à la chlorose, ce que vient ordinairement confirmer la guérison (*Arch. gén. de méd* , 1855, t. V).

Il ressort de ce qui précède que, tout en arrivant à la constatation de l'anémie, on peut déterminer en même temps sa véritable origine, qui n'échappe à l'investigation que dans des cas tout à fait exceptionnels. Cette détermination du caractère simple ou symptomatique de l'anémie est la question culminante de son diagnostic; mais elle n'est pas le seul complément de la constatation de l'anémie elle-même. Sa forme et le degré auquel elle est parvenue sont des particularités qu'il ne faut pas perdre de vue.

Les *formes* de l'anémie dépendent, d'une part, de la cause qui la produit, et, d'autre part, de l'absence ou de la prédominance de certains signes, d'où résulte une physionomie variable de l'affection. Nous n'insisterons que sur les formes principales qui en résultent; je ne ferai par conséquent que mentionner l'*anémie des ouvriers mineurs*, et celle qui est si fréquente parmi les populations des cités populeuses, qu'à Londres elle est désignée par une dénomination particulière : *asthenia londinensis*.

Pour beaucoup de médecins, la *chlorose* n'est qu'une forme particulière d'anémie, différant de l'anémie simple uniquement par l'existence des troubles menstruels; pour d'autres, ce sont deux affections bien distinctes. Mais il faut convenir que, lorsque l'on étudie les faits avec attention à ce dernier point de vue, l'on n'y trouve pas les caractères différentiels absolus qui ont été signalés. — Une forme d'anémie qui ne dépend plus d'une cause particulière, mais qui se rattache au contraire à des origines diverses, est celle qui existe, non-seulement sans décoloration de la face, mais avec la coloration parfois prononcée des joues. Cette dernière particularité induit trop souvent en erreur pour ne pas être rappelée; elle suffit quelquefois pour faire négliger de rechercher les autres signes de l'anémie, qui peuvent exister pour la plupart et expliquer les troubles observés. Il est donc essentiel de penser à la rechercher. Cette forme d'anémie, dont l'existence est incontestable, et, dont j'ai, pour ma part, observé un assez grand nombre d'exemples, notamment en province, où elle m'a paru être plus fréquente qu'à Paris, a été dénommée *anemia fortiorum*. Le traitement tonique et ferrugineux, qui l'améliore ou la guérit, est une sorte de pierre de touche qui sert à confirmer le diagnostic. Cette variété d'anémie, qui peut se montrer chez les femmes enceintes, explique comment on a si longtemps confondu cette anémie, signalée dans ces derniers temps dans le cours de la grossesse, avec la pléthore sanguine, en attribuant à cette dernière le souffle cardiaque, les bouffées de chaleur à la face, et son injection accidentelle. Cela ne veut pas dire, toutefois, que l'on doit nier l'existence d'une véritable pléthore dans certains cas. L'ensemble des phénomènes observés et comparés permettra de se prononcer (*Voy.* PLÉTHORE). — On peut aussi considérer à part, comme une forme particulière d'anémie, celle qui, au lieu de s'accompagner de petitesse du pouls, est caractérisée au contraire par une ampleur et une dureté des pulsations artérielles, ce qui a lieu de surprendre, chez des sujets manifestement anémiques d'ailleurs, si l'on tient compte des autres signes de l'affection. Cette particularité singulière a été signalée par Beau (*Traité d'auscultation*, p. 440), et sa réalité ne saurait être mise en doute; mais elle a été trop généralisée par cet auteur. Pour les autres observateurs, en effet, l'*anémie avec pléthore séreuse* est un fait exceptionnel, dont la nature anémique est d'ailleurs démontrée par l'influence heureuse d'un traitement tonique et surtout ferrugineux.

Le *degré* auquel est arrivée l'anémie est encore un fait à déterminer dans le cours du diagnostic de l'anémie; mais il ne nécessite nullement une investiga-

a particulière, attendu qu'il ressort à la fois et de l'ancienneté des accidents émiques et de l'ensemble même des signes constatés, qui sont d'autant plus mbreux et d'autant plus fortement accusés que l'anémie est plus avancée.

On doit considérer comme une *complication* de l'anémie les accidents conges- s vers la tête, dus, suivant Nélaton (*Gaz. des hôp.*), à la cessation brusque des morrhagies habituelles chez certains sujets anémiques. J'ai vu à l'hospice des nages un fait confirmant cette manière de voir; c'est celui d'un vieillard qui, atre heures après une abondante épistaxis évaluée à plus d'un litre de sang, té subitement atteint d'une hémorrhagie cérébrale à laquelle il a succombé le idemain. D'autres symptômes déjà mentionnés peuvent également, par leur dominance excessive qui les met en relief, être considérés comme des com- cations. Telles sont certaines *paralysies partielles*, des *convulsions*, etc. *hystérie* a été considérée comme précédée forcément d'anémie, ce qui est trop clusif. Une complication de l'anémie, plus généralement admise, est celle des morrhagies par l'utérus (*chloro-anémie ménorrhagique*) ou par d'autres ies, et qui proviennent de la fluidité extrême du sang. Ces hémorrhagies, vé- ables complications anémiques, jouent secondairement le rôle de cause, en gmentant l anémie qui est leur point de départ. L'anémie, poussée à l'extrême, ut-elle produire seule une cachexie? C'est ce que les faits connus ne permet- nt pas de décider.

3° *Pronostic.* — A moins que l'anémie ne soit extrême et rapide, ce qui est re, elle n'entraîne pas la mort par elle-même. Lorsqu'elle est symptomatique une maladie grave, d'une cachexie cancéreuse, tuberculeuse, etc., elle con- bue puissamment à hâter le terme fatal. Je crois inutile d'insister sur les signes onostiques de l'amélioration ou de l'aggravation de l'anémie, et qui résultent la diminution ou de l'accroissement des symptômes, sous le rapport de leur ensité et de leur nombre.

ANESTHÉSIES. — 1° *Caractères.* — La diminution ou l'abolition de la nsibilité de la peau, des muscles, des os, des nerfs et des organes des sens spé- aux (vue, ouïe, odorat, gout), est le caractère essentiel des anesthésies. Celle la peau est la plus importante, avec les anesthésies des organes des sens dont a été question aux mots AMAUROSE, GOUT, ODORAT, SURDITÉ.

L'anesthésie de la *peau* a des caractères complexes qu'il ne faut pas perdre de e, comme l'a montré Gerdy, en signalant les éléments multiples dont se com- se la sensibilité cutanée (*Physiol. philosoph. des sensations*, 1846). Ainsi, rsqu'on dit que l'anesthésie est complète ou incomplète, on peut le comprendre : deux manières : ou bien la sensibilité, prise dans son ensemble, est plus ou oins obtuse ou abolie, ou bien il n'y a d'affecté que telle ou telle autre moda- té sensitive de la peau : la sensation de contact, celle de la douleur ou celle de a température. On peut, en effet, ramener avec Landry (*Arch. gén. de méd.*, 852) aux trois chefs précédents, toutes les sensations tactiles dont on a pu cons- ater l'abolition isolée. Briquet, qui a fait une étude si complète des anesthésies ans son excellent *Traité de l'hystérie* (Paris, 1859), considère comme acces- oires les sensations de douleur et de température. — La sensation de *contact* eut être abolie seule, et le malade ressentir parfaitement la douleur provoquée ar des piqûres ou des pincements, ainsi que les sensations de froid et de chaud, ans les parties où le contact cesse d'être perçu. Pour apprécier les plus faibles egrés de l'anesthésie de contact, Weber a proposé un instrument basé sur ce it connu, que la double sensation du contact des deux pointes d'un compas ne perçoit qu'à un certain degré d'écartement de ces pointes. Le degré de cet artement nécessaire pour arriver à la perception de la double sensation donne

exactement la mesure du degré de sensibilité de la peau, si l'on a soin de voiler les yeux des malades pendant cette recherche. — La sensation de la *douleur* provoquée par piqûre ou pincement peut, de son côté, cesser d'être perçue, et les autres sensations tactiles persister. C'est à Beau que l'on doit d'avoir signalé, dans un très-intéressant Mémoire (*Arch. gén de méd.*, 1848), cette abolition isolée de la sensation de la douleur provoquée, et qu'il a dénommée *analgésie;* seulement, comme l'ont fait remarquer Landry et Briquet, on ne saurait considérer l'anesthésie de contact comme entraînant nécessairement celle de la douleur, car l'une ou l'autre peuvent se constater isolément. Il peut même arriver qu'il y ait, dans le même point de la peau, analgésie ou suppression des sensations de douleur, et, au contraire, exaltation des sensations de contact et de température, ainsi que nous l'avons constaté nous-même chez un malade à l'hôpital Saint-Louis. — L'anesthésie des sensations de température peut aussi exister isolément. Si l'on touche la peau avec un corps froid ou chaud, le malade peut ne pas sentir la température relativement froide ou chaude de ce corps, dans une partie qui reste en même temps parfaitement sensible au contact et aux sensations douloureuses.

Il est fréquent de voir ces diverses espèces d'anesthésie cutanée se combiner entre elles, et constituer par leur coïncidence l'anesthésie complète. Je dois ajouter que ces anesthésies cutanées occupent une surface plus ou moins étendue, parfois très-limitée, et que, dans d'autres cas, elles sont presque générales, dans des conditions que je rappellerai tout à l'heure.

L'anesthésie des *muscles*, presque toujours accompagnée de celle de la peau, rend les malades insensibles à une forte pression, à des piqûres profondes, ou à l'excitation sensitive par l'électricité. Cette anesthésie entraîne l'abolition du sentiment appelé *sens musculaire* par Ch. Bell, *sentiment d'activité musculaire* par Gerdy, et qui n'a été bien étudié que dans les derniers temps. Landry, en 1852, et Duchenne (de Boulogne), en 1855 (*Électrisation localisée*), ont publié leurs premières recherches sur ce sujet important. Dans un Mémoire plus récent (*Arch. gén. de méd.*, 1858-1859), Duchenne rappelle que les sujets privés de la sensibilité musculaire perdent, *lorsqu'on les empêche de voir*, la faculté d'exécuter leurs mouvements volontaires, tout en croyant faire ceux qu'on leur commande, et quelquefois, suivant Briquet, en exécutant des mouvements précisément en sens opposé. Quand le malade peut au contraire se servir de la vue, les mouvements s'exécutent avec leur régularité et leur puissance normale; et, circonstance remarquable, si l'on voile leurs yeux pendant cette contraction normale et qu'on les engage à cesser tout mouvement, la contraction persiste d'abord, et cesse seulement après quelques secondes (Duchenne). Cette anesthésie musculaire peut se rencontrer isolée, comme les autres espèces d'anesthésie.

Les *os*, qui sont habituellement très-sensibles à l'excitation électrique (Duchenne), peuvent cesser complétement de l'être, ce qui n'arrive ordinairement que lorsque l'anesthésie cutanée est très-prononcée. Cette anesthésie est d'ailleurs peu importante à constater dans la pratique.

L'anesthésie, considérée en général, se développe d'une manière latente ou s'annonce par des fourmillements, des picotements, des élancements. Elle est très-rarement généralisée à tous les téguments et aux organes des sens; elle peut occuper une moitié du corps et les muqueuses voisines de la peau du même côté, mais les anesthésies plus limitées sont les plus communes. L'anesthésie est accidentelle et passagère, ou continue, et alors parfois persistante pendant un très-long temps; elle est différente par son degré d'intensité, depuis le simple

engourdissement jusqu'à la perte la plus absolue de la sensibilité. La constatation de l'anesthésie ne peut d'ailleurs donner lieu à aucune confusion diagnostique, à moins qu'elle ne soit simulée (*Voy.* SIMULATION).

2° *Conditions pathologiques.* — Le médecin a peu d'attention à accorder aux engourdissements anesthésiques passagers que produit la compression accidentelle et momentanée d'un nerf ou des vaisseaux d'un membre; mais il en est autrement d'une anesthésie de quelque durée, quelles que soient sa forme et sa cause. Dans ce cas, il est d'autant plus indispensable de rechercher la condition pathologique de l'anesthésie, que ces conditions sont extrêmement nombreuses et très-souvent importantes à établir.

Ce sont d'abord les lésions traumatiques des *troncs nerveux* qui se distribuent aux parties anesthésiées, et les lésions anatomiques des *centres nerveux*, circonstances dans lesquelles l'anesthésie, liée souvent à la PARALYSIE MUSCULAIRE, n'a qu'une valeur secondaire. Il y a cependant de ces anesthésies qui ne s'accompagnent pas de paralysies connexes des mouvements, et ce sont celles dont je dois surtout m'occuper ici. L'*hydrocéphalie chronique* peut déterminer une anesthésie locale de cette espèce, ainsi que la *méningite* dite tuberculeuse. Dans la *congestion de la moelle*, il y a quelquefois anesthésie d'un côté du corps et au contraire exaltation de la sensibilité de l'autre. L'insensibilité absolue ou l'engourdissement, avec ou sans fourmillements, au niveau de la peau des deux extrémités inférieures, est aussi un des principaux symptômes de la *myélite;* mais on voit, à la variété des conditions pathologiques, que cette paralysie de la sensibilité ne peut être considérée comme un signe pathognomonique de la maladie. Il est rare d'ailleurs qu'à l'anesthésie ne se joignent pas d'autres signes ou symptômes, ou des commémoratifs, qui en indiquent la véritable origine pathologique.

Pareille chose, la concomitance d'autres signes distinctifs, a lieu surtout pour les affections, plus faciles à diagnostiquer, qui sont caractérisées anatomiquement par des lésions dans d'autres organes que les centres nerveux ou leurs dépendances. L'*œdème des nouveau-nés,* par exemple, s'accompagne d'une anesthésie incomplète ; et, selon Aran, il existerait quelquefois dans la *pleurésie*, la *péritonite,* à leur période de décroissance plutôt que dans celle d'acuité, une anesthésie des parties des téguments correspondant très-nettement aux membranes séreuses enflammées ; il aurait constaté aussi, dans la *phlegmatia alba dolens*, une insensibilité analogue sur le trajet des branches du nerf crural (Aran, *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, avril 1853). Mais, dans cette dernière circonstance, il ne faut pas oublier que l'oblitération veineuse est elle-même une cause d'obtusion plus générale de la sensibilité du membre correspondant. Enfin, sans prétendre faire une énumération complète des lésions spontanées qui produisent l'anesthésie, je rappellerai encore les *gangrènes* par oblitérations artérielles ou autres, qui s'accompagnent toujours de perte de la sensibilité extérieure, combinée parfois avec des douleurs spontanées extrêmement vives.

La détermination des conditions organiques de l'anesthésie, ordinairement facile dans ces diverses circonstances, présente plus souvent des difficultés dans les cas où la lésion matérielle de l'appareil nerveux fait défaut, ou du moins lorsque l'étude des symptômes fait conclure qu'une lésion de cette espèce n'existe pas. Il faut alors songer à une *altération du sang* ou bien à une *névrose* comme condition pathologique de l'anesthésie.

L'anémie, les intoxications, les cachexies, sont fréquemment le point de départ de ces anesthésies singulières, que j'ai énumérées comme distinctes à propos de

la sensibilité cutanée, et qui n'affectent qu'une ou deux des sensations tactiles. C'est ici que se rencontre fréquemment l'analgésie de Beau.

Les anesthésies *anémiques* sont extrêmement fréquentes. Rarement l'obtusion de la sensibilité est générale, ainsi que j'en ai observé un exemple chez une femme, à la suite d'un abus prolongé d'évacuations sanguines, et qui offrait cette obtusion non-seulement au niveau de la peau et de tous les organes des sens, mais encore au niveau des muscles ; il existait de plus un engourdissement remarquable du côté des fonctions cérébrales et motrices. Le plus ordinairement, l'anesthésie n'est pas générale. Elle est erratique dans les *pertes séminales involontaires ;* elle est localisée dans les régions les plus diverses dans l'anémie franche, ou dans celle qui succède à la diphthérie ou à d'autres maladies aiguës. J'ai été consulté par une jeune dame chez laquelle il n'existait qu'une chloro-anémie entretenue par un traitement débilitant et des menstrues trop abondantes; or, elle offrait une anesthésie complète des parties génitales externes et internes qui la rendait insensible aux approches de son mari depuis plusieurs mois. Dans le décours de la *diphthérie,* Bretonneau a signalé la paralysie de la sensibilité des doigts des pieds, et Maingault, dans son excellent Mémoire sur les paralysies diphthériques, a rappelé toutes les variétés d'anesthésies qui ont été observées, et qui présentent ceci de remarquable qu'elles sont ordinairement précédées et accompagnées de paralysie du voile du palais, ou de paralysie générale due à la même cause.

Les *intoxications* sont une source d'anesthésies qu'il serait impossible de spécialiser, attendu qu'elles comprennent tous les modes d'insensibilité que j'ai cités, et cela dans les régions et les organes les plus différents. Quoique toutes les intoxications soient autant d'origines d'anesthésie, celles dues aux préparations *saturnines*, à l'abus des *alcooliques*, à l'*ergot de seigle* (dans laquelle l'anesthésie occupe principalement les extrémités), aux *inhalations du sulfure de carbone,* méritent une mention spéciale : la première surtout, qui est la plus fréquente dans nos contrées, et qui est assez souvent méconnue.

Les *cachexies,* qui offrent tant d'analogie à la fois avec l'anémie et les intoxications, s'accompagnent aussi toutes d'anesthésies variées. Enfin, d'autres altérations du sang déterminent encore l'obtusion ou l'abolition de la sensibilté. C'est d'abord la *pléthore*, que j'ai vue donnant lieu, dans les membres, à des engourdissements qui se dissipaient par une saignée, à mesure que le sang s'écoulait au dehors. C'est ensuite l'*asphyxie*, dans laquelle l'anesthésie signalée depuis longtemps, mais plus particulièrement par Faure, Demarquay, etc., a été récemment considérée comme constante dans la période asphyxique du croup par Bouchut. Les recherches de Faure ont démontré que l'anesthésie due à l'asphyxie se développait des extrémités vers le tronc, puis vers la poitrine, et enfin que l'œil était l'organe où la sensibilité s'éteignait en dernier, de même que c'était dans un ordre inverse, d'abord au niveau de l'œil et en dernier lieu aux extrémités inférieures, que le retour de la sensibilité s'effectuait. La dilatation de plus en plus grande de la pupille annonçait les progrès de l'anesthésie, et la persistance de la dilatation extrême lui a semblé un des meilleurs signes de la mort réelle (*Voy.* Asphyxie). L'anesthésie asphyxique, qui n'est que temporaire si l'asphyxie est elle-même arrêtée dans sa marche, doit être rapprochée des paralysies du mouvement qui ont été notées par plusieurs observateurs comme conséquences de l'asphyxie (Bourdon, *Thèse,* 1843).

Parmi les névroses qu'il faudrait presque toutes énumérer comme pouvant s'accompagner ou se compliquer accidentellement d'anesthésie, je citerai en particulier les *névralgies,* à la suite desquelles la sensibilité est quelquefois abolie,

omme elle est, d'autres fois, exaltée. Mais on peut affirmer qu'il n'existe ucune maladie dans laquelle les anesthésies les plus variées se montrent aussi équemment que dans l'hystérie. On sait que, pour Gendrin, il n'y a même pas hystérie sans anesthésie cutanée partielle. Mais on doit reconnaître que cette roposition est trop absolue, sans que l'on comprenne que Sandras ait pu la ier complétement. On doit admettre avec Briquet que l'anesthésie cutanée est n signe fréquemment observé dans l'hystérie. Henroz, Macario et Mesnet, dans eurs thèses, et Aug. Voisin, dans un Mémoire lu à la Société de médecine de 'aris (*De l'anesthésie cutanée hystérique*, 1858), ont tous vérifié cette fréuence. Selon Briquet, l'anesthésie hystérique peut frapper toute la surface du orps, ou se borner à une partie très-limitée, comme un pied, une jambe, une ortion de peau du dos, un œil, etc. Elle peut n'intéresser que la superficie de a peau, ou bien frapper toute l'épaisseur d'un membre. Il est fort ordinaire de encontrer l'anesthésie de tout un côté du corps, depuis la tête jusqu'aux pieds, n même temps que l'insensibilité des organes des sens du même côté. Mais, uelle que soit son étendue, l'anesthésie n'occupe jamais que les parties animées par les nerfs provenant de l'encéphale ou du prolongement rachidien. Aussi l'anesthésie du tronc ne pénètre jamais dans les cavités splanchniques, tandis qu'aux membres elle peut en frapper toute l'épaisseur, depuis la peau usqu'aux os. Il y a plus, ce trouble de la sensibilité n'affecte jamais que les xtrémités périphériques des nerfs. L'observation constate que le tronc et les ordons principaux d'un nerf dont les expansions sont anesthésiées conservent toute leur sensibilité et toute leur excitabilité, les expansions seules étant frappées d'insensibilité (Briquet, *Traité de l'hystérie*, 1859, p. 274). Cette dernière remarque s'accorde avec les curieuses observations du docteur Faure sur l'anesthésie asphyxique, qu'il a vue toujours affecter d'abord la périphérie ou les extrémités des nerfs avant de gagner les parties centrales de l'appareil nerveux. Quoi qu'il en soit, l'anesthésie hystérique n'est pas également fréquente dans toutes les formes de la maladie. Elle est rare dans l'hystérie non convulsive, et dans la forme convulsive sans perte de connaissance. C'est donc principalement lorsqu'il y a hystérie avec convulsions et perte de connaissance au début des accès convulsifs, que l'anesthésie se remarque. Pour Gendrin, la perte de la sensibilité est même toujours la suite de ces attaques. Aug. Voisin a compté 13 malades se trouvant dans cette dernière condition, sur 15 qui avaient des attaques de convulsions, et il en conclut que l'*anesthésie, considérée dans l'hystérie, suppose une attaque avec perte de connaissance*. Il a aussi rencontré des faits dans lesquels il y avait anesthésie dans certaines régions et hyperesthésie dans d'autres; mais cette coïncidence n'est pas particulière à l'hystérie (Voy. HYPERESTHÉSIE). Briquet a fait observer que, lorsque l'anesthésie est très-étendue, il y a une *céphalalgie* générale, gravative, très-persistante et très-intense, qui semble indiquer que le point de départ du mal est bien dans le cerveau. Ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point les dissidences des observateurs au sujet des anesthésies hystériques, c'est le peu de durée de ces phénomènes *à la suite des premières attaques*, et leur persistance prolongée, même pendant plusieurs années, succédant à des *attaques réitérées* (Aug. Voisin). L'anesthésie hystérique s'offre d'ailleurs, ai-je dit, sous toutes les formes que j'ai précédemment indiquées, soit au niveau de la peau ou des organes des sens, soit au niveau des muscles; et le plus souvent, ainsi que Briquet l'a signalé, c'est la *moitié gauche* du corps qui est le siége de l'anesthésie.

On doit rapprocher des névroses les anesthésies partielles qui coïncident avec certaines *affections cutanées*, comme celle décrite sous le nom de PACHYDERMA-

TOCÈLE par Valentine Mott, de New-York (*Med. chir. Transact.*, 1855), la *pellagre*, l'*éléphantiasis des Grecs,* le *bouton d'Alep*, etc.

3° *Signification.* — Lorsque l'on a constaté une anesthésie complète ou incomplète, se compliquant ou non d'anesthésie d'un ou de plusieurs sens, tantôt étendue à une moitié du corps, à un membre, tantôt à une région plus limitée, parfois même très-restreinte, il faut immédiatement en rechercher l'origine. L'anesthésie, quels que soient ses caractères propres, ne peut par elle-même éclairer le médecin sur la cause qui la produit, s'il ne tient pas compte des conditions dans lesquelles la diminution ou l'abolition complète de la sensibilité est apparue. La recherche des antécédents, et la constatation des phénomènes concomitants au moment de l'examen du malade, le mettront ordinairement sur la voie. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit précédemment de ces éléments du diagnostic; les conséquences relatives à la signification de l'anesthésie en découlent d'elles-mêmes. On recherchera successivement si l'anesthésie, qui dénote une atteinte assez profonde de l'appareil nerveux, se rattache à l'un des états pathologiques que j'ai rappelés. L'anémie et l'hystérie, chez la femme jeune ou qui est encore dans la force de l'âge, sont les conditions étiologiques les plus fréquentes.

Le *siége* de l'anesthésie a une grande valeur comme donnée qui simplifie le diagnostic, dans un certain nombre de cas. Dans l'hystérie, c'est presque toujours du côté gauche du corps, ai-je dit, que siége l'altération anesthésique, limitée ou étendue, de la sensibilité; Briquet l'a trouvée limitée à gauche dans la proportion de 139 contre 36, c'est-à-dire comme 4 est à 1, et occupant plus souvent les membres supérieurs que les inférieurs, dans la proportion de 5 contre 3 (*loc. cit.*, p. 281). Occupant les deux extrémités inférieures, l'anesthésie est un des principaux signes de la paraplégie; tandis que, limitée à un seul des membres pelviens, elle est loin d'avoir une signification aussi grave.

Bornée à l'un des côtés de la face, la perte de la sensibilité constitue la *paralysie du trifacial* (5° paire), ou l'*anesthésie faciale.* Elle est quelquefois circonscrite à l'une des régions qui correspondent à une des branches principales du nerf trifacial (nerf ophthalmique, nerf maxillaire supérieur, ou maxillaire inférieur) ou à l'une des branches secondaires. Cette anesthésie se complique quelquefois de *paralysies musculaires* locales, telles que celles du buccinateur, et des muscles élévateurs de la mâchoire (Jobert). Elles détournent quelquefois le médecin du véritable diagnostic, de même que l'*ophthalmie,* l'*opacité de la cornée*, le *ramollissement des membranes,* et même la *fonte de l'œil*, constatés par Jobert. On cherchera, après avoir constaté cette anesthésie, à remonter à sa cause : *névralgie violente* (Marchal); *lésions organiques* de la partie intra-crânienne du nerf de la 5° paire; *hystérie.* Dans cette dernière affection, presque toujours l'anesthésie occupe le côté gauche de la face.

Le *degré* d'intensité des phénomènes d'anesthésie ne peut pas être d'un grand secours pour le diagnostic étiologique; il est clair seulement que, plus ces phénomènes sont accentués, complets et durables, plus la cause doit avoir influé profondément sur l'appareil nerveux. — Quant à la recherche des *lésions* matérielles des nerfs, de la moelle épinière ou de l'encéphale, elles produisent d'autres troubles symptomatiques auprès desquels, je l'ai dit, l'anesthésie est complétement secondaire. Une simple congestion du cerveau ou de la moelle épinière peut-elle donner lieu à l'anesthésie d'un membre, par exemple? C'est ce qui n'est pas encore parfaitement établi. Le docteur Verneuil m'a dit avoir constaté, chez un homme robuste, une simple anesthésie d'un des membres pelviens, sans aucune gêne des mouvements, et qui aurait été pré-

cédée d'une céphalalgie accidentelle, sans aucun autre trouble cérébral. Peut-on voir ici autre chose qu'une simple congestion?

Le pronostic de l'anesthésie est ordinairement peu grave, à moins que la perte de la sensibilité ne soit le signe d'une grave lésion nerveuse. En dehors de cette condition, elle cesse le plus souvent assez promptement. Elle est plus rebelle lorsqu'elle est très-étendue, et elle cède alors plus difficilement aux moyens employés pour la combattre, que lorsqu'elle est limitée.

ANÉVRYSMES. — On ne donne plus le nom d'anévrysmes à l'hypertrophie du cœur avec dilatation. On isole aujourd'hui comme distincts ces deux états morbides (*Voy.* HYPERTROPHIE, DILATATION du cœur), tout en réservant le mot anévrysme pour les dilatations partielles du cœur, et des lésions particulières des artères.

Après avoir dit quelques mots des anévrysmes partiels du cœur, je traiterai du diagnostic de ceux de l'aorte, en rapprochant d'eux au besoin les anévrysmes des artères secondaires contenus dans les cavités pectorale et abdominale. Je ne m'occuperai pas ici des anévrysmes des grosses artères du cerveau, sur lesquels Gouguenheim a publié un excellent travail (*Thèse* de doctorat, Paris, 1866), et dont le diagnostic sera mieux traité à l'article TUMEURS (cérébrales). Quant aux anévrysmes des artérioles du cerveau, qui ont été signalés dans ces dernières années, j'en parlerai à propos du ramollissement cérébral.

Les anévrysmes intra-thoraciques et abdominaux doivent être divisés d'après leur siége anatomique; car c'est la considération la plus utile à leur diagnostic pratique. Ils peuvent occuper le cœur, l'aorte, certaines artères secondaires du tronc dont je parlerai à propos des anévrysmes de l'aorte, et enfin l'artère pulmonaire. Je ne connais qu'un seul fait de l'anévrysme de cette dernière artère, rapporté par Cotton (*Med. Times and gaz.*, 1866); il l'avait observé chez un phthisique arrivé au troisième degré et mort à la suite d'une hémoptysie abondante due à la rupture d'un petit anévrysme en gourde, occupant la paroi d'une caverne de la base du poumon droit. Je ne reviendrai pas sur ces anévrysmes exceptionnels de l'artère pulmonaire.

Les anévrysmes ont des signes communs : tumeur, battements expansifs, bruits anomaux, auxquels je n'ai pas à m'arrêter, vu les différences que ces phénomènes séméiologiques présentent suivant le siége de la lésion. La marche des accidents, souvent latente au début, est ordinairement très-lente, et n'offre aucune donnée utile au diagnostic. Il en est à peu près de même des causes des anévrysmes; cependant les *exercices violents*, les *excès alcooliques* et les *violences extérieures* ne sont pas des particularités indifférentes, surtout lorsqu'elles ont été immédiatement suivies d'accidents qui marquent le début de la maladie (douleur vive, dyspnée).

I. Anévrysmes partiels du cœur.

Ces anévrysmes ont été étudiés par Cruveilhier, Rokitansky, Thurnam, Hartmann (de Strasbourg), mais principalement sous le rapport anatomo-pathologique. Quoique ces anévrysmes forment parfois à l'extérieur du cœur une saillie égale à celle du cœur lui-même, et qu'on ait pu rassembler jusqu'à 84 observations pour en étudier les particularités (Thurnam), on n'a constaté aucun symptôme autre que ceux des maladies du cœur considérées d'une manière générale (*Voy.* CŒUR [Maladies du); en sorte que le diagnostic de cette affection était considéré comme impossible lorsque, en 1857, Aran lut à la Société médicale des hôpitaux son intéressante observation d'anévrysme vrai partiel du ventricule gauche du cœur (*Union méd.*, 1857). Jusque-là, le début de l'anévrysme partiel du cœur était seulement *signalé comme étant parfois* subit, et caractérisé

par les signes qui font soupçonner la rupture du cœur lorsqu'elle n'est pas immédiatement suivie de mort ; mais on voit que cette particularité ne peut jeter aucune lumière sur la question. Aran, dans le fait qu'il a si bien observé, signalait des particularités séméiologiques importantes que l'on pourrait rencontrer dans des cas analogues, et qui, par conséquent, méritent d'être rappelées, quoique l'auteur lui-même ait pensé qu'on ne devait pas les observer dans tous les cas d'anévrysme vrai du cœur. Ce sont :

1° Une *matité* d'une forme allongée dans le sens transversal, ne remontant pas ou remontant très-peu supérieurement, différente par conséquent de la matité de l'hypertrophie avec dilatation, et de celle de la péricardite ;

2° Une *impulsion* dont la force varie aux divers points de la matité : plus faible à l extrémité gauche (simple *soulèvement*), plus forte aux environs de la partie moyenne du cœur (véritable *choc*), et contrastant avec la *faiblesse extrême des bruits du cœur* et le caractère *filiforme du pouls ;*

3° Un *ralentissement* dans les contractions du cœur, présentant cette particularité de diminuer et de disparaître par le repos, mesurant, en quelque sorte, l'aggravation des accidents ;

4° Des *bruits anomaux* ou murmures, dans le point où l'impulsion est à son maximum de force.

II. Anévrysmes de l'aorte intrapectorale.

Quoique les anévrysmes des différentes portions de l'aorte aient des signes qui leur soient communs, ils diffèrent par trop de particularités lorsqu'ils siégent 1° à l'*aorte ascendante* ou à sa *crosse*, 2° au niveau de l'*aorte pectorale descendante*, 3° au niveau de l'*aorte abdominale*, pour que je ne traite pas séparément de leur diagnostic dans ces trois points différents. C'est d'ailleurs la marche la plus pratique à suivre, puisque les signes physiques de ces affections se constatent dans trois régions différentes pour les trois variétés : en avant de la poitrine pour les anévrysmes de la crosse ; en arrière, au niveau de la lésion dorsale, pour ceux de l'aorte descendante ; et au niveau de l'abdomen pour ceux de l'aorte abdominale. Les divisions scolastiques, essentielles à connaître d'ailleurs, des anévrysmes en vrais, faux, mixtes, etc., constituent des variétés qui ne se manifestent pas toutes par des signes particuliers pendant la vie. Je n'aurai donc qu'à en signaler les caractères différentiels, lorsqu'il en existera.

A. Anévrysme de l'aorte ascendante et de sa crosse.

1° *Éléments du diagnostic.* — Le début est ordinairement lent et graduel ; pourtant il n'est pas très-rare qu'à la suite d une cause traumatique ou d'un violent effort, on constate immédiatement, comme premier élément de diagnostic, une *douleur* de poitrine plus ou moins vive, avec *dyspnée* intense ; mais ce n'est qu'un temps plus ou moins long après ce début que la maladie se manifeste par des signes plus caractéristiques. On doit rechercher ces signes localement, au niveau de l'artère, puis dans des organes voisins et, enfin, dans des organes éloignés.

Parmi les symptômes locaux, il en est deux qui sont immédiatement visibles dans beaucoup de cas; ce sont : une *tumeur extérieure* plus ou moins étendue, et des *pulsations* à son niveau ; ou bien, en l'absence de tumeur, il y a des pulsations simples, limitées à un ou plusieurs espaces intercostaux, ou au creux sus-sternal. La tumeur peut d'abord être bornée soit à un cartilage, soit à un espace intercostal entre la deuxième côte et la quatrième, à droite du sternum, ou occuper un large espace à droite et au niveau de la moitié supérieure du *sternum*. Elle a pour caractères extérieurs d'être plus ou moins saillante, ordi-

nairement semi-ovoïde si elle est médiocrement volumineuse, plus arrondie et parfois bosselée si elle a un volume considérable; ce volume peut aller jusqu'à égaler celui de la tête d'un enfant. A son niveau, la peau est tantôt naturelle, tantôt plus ou moins rouge, violacée, amincie, luisante, prête à se rompre. Ces tumeurs présentent une certaine élasticité ou mollesse. — Les battements dont elles sont le siége sont visibles et manifestement *expansifs*, ce qui en constitue un des caractères les plus essentiels. Mais ces battements ou pulsations peuvent exister, *sans qu'il y ait encore de tumeur visible*, à droite de la partie supérieure du sternum, ou au niveau du creux sus-sternal seulement, ou enfin d'un ou de plusieurs espaces intercostaux. — Au niveau de ces pulsations sans tumeur, ou de ces tumeurs elles-mêmes, la percussion donne une *matité* plus ou moins complète, localisée dans les mêmes points, et qui, si elle est assez étendue pour démontrer que l'anévrysme est volumineux, contraste quelquefois, ainsi que je l'ai observé, avec le son tympanique que rend le poumon réduit de volume en dehors des limites de la matité (*Voy.* TYMPANISME). — L'application de la main perçoit l'*expansion* isochrone aux battements, et parfois un *frémissement vibratoire* simple ou double à chaque pulsation artérielle. Par la pression, on pourrait souvent réduire momentanément le volume de la tumeur, et sentir la mobilité, la crépitation ou la solution de continuité des os ou des cartilages qui ont été usés et perforés par elle. Mais l'emploi de ce moyen d'exploration n'est pas sans danger (*Voy.* EMBOLIES), et l'on doit s'en abstenir. A l'auscultation, dans les points correspondants, il y a *absence de tout bruit respiratoire* par suite du refoulement du poumon en dehors; et, à sa place, *bruit sonore*, clair, correspondant au premier bruit du cœur, ou bruit de *souffle*, de *scie* ou de *râpe*, simple ou double, correspondant aux frémissements vibratoires; parfois simple *bruit musical* ou de *piaulement*. Les bruits du cœur restent ordinairement distincts et naturels, à moins de complications du côté de cet organe, ce qui est loin d'être rare. — Dans certains cas, la laryngoscopie peut fournir des renseignements utiles, comme on le verra plus loin. — Enfin le sphygmographe fournit aussi des données importantes de diagnostic.

D'autres symptômes se remarquent en même temps. Parfois il existe une *douleur* du côté droit de la poitrine; elle peut être lancinante, très-intense à l'épaule, et s'irradier dans le côté droit du cou. La *dyspnée* habituelle est prononcée, avec des accès violents d'exacerbation; souvent il y a orthopnée, et toujours une *oppression* plus ou moins forte. Il existe aussi: une *toux* sèche ou avec expectoration muqueuse ; un *pouls* variable, et signalé comme souvent *inégal aux deux radiales,* intermittent, et non isochrone avec les battements du cœur ; parfois *l'infiltration des extrémités* (plus rarement que dans le rétrécissement des orifices du cœur), des *syncopes,* et d'autres symptômes secondaires, tels que la *céphalalgie,* la *congestion du foie,* d'ailleurs assez rare, etc.; ces symptômes secondaires se rattachent le plus souvent à des phénomènes de compression des organes voisins de l'anévrysme.

Ces phénomènes de compression sont très-importants pour le diagnostic. La compression des veines, et en particulier de la veine cave supérieure (*Voy.* VEINEUX [Appareil), donne lieu à une *congestion considérable* à la tête et à la face, qui est vultueuse, bouffie, violacée ; cette congestion s'étend aux veines du cou, qui sont distendues, au thorax et aux membres supérieurs, qui sont œdématiés. La compression du poumon en masse donne lieu, à son niveau, à un *son tympanique* à la percussion, et à du *souffle bronchique* à l'auscultation, comme je l'ai une fois constaté. Il peut y avoir seulement compression d'un tronc bronchique, ce qui entraîne la *faiblesse* ou *l'abolition des bruits* respi-

ratoires dans les parties où il se ramifie ; en même temps la *dyspnée*, dont j'ai parlé plus haut, va quelquefois jusqu'à l'*asphyxie* si la compression s'opère sur la trachée ; il en résulte alors la diminution du *bruit respiratoire* des deux côtés de la poitrine. Des accès de *suffocation* peuvent résulter de la compression de l'artère pulmonaire ; la *dysphagie*, de la compression de l'œsophage ; l'*aphonie* ou l'altération de la voix, de la compression ou du tiraillement du nerf récurrent.

2° *Inductions diagnostiques.* — Tous les symptômes des anévrysmes de la crosse de l'aorte ont une valeur relative dont on trouve à tenir compte suivant les cas. Mais, parmi eux, les signes locaux sont de beaucoup les plus importants pour le diagnostic. Ils sont loin d'ailleurs d'être toujours au complet comme je les ai exposés. La tumeur peut faire défaut, et, dans ce cas, il faut se garder de prendre pour une tumeur commençante la saillie physiologique du cartilage de la deuxième côte droite, qui se rencontre quelquefois (*Voy.* INSPECTION DE LA POITRINE). Les pulsations visibles peuvent aussi manquer ; et, dans les deux circonstances, les résultats de la percussion (matité) et de l'auscultation (bruits anomaux cités), à la partie antérieure de la poitrine et à la *droite du sternum*, sont d'une très-grande valeur.

Les faits les plus embarrassants sont ceux dans lesquels il n'existe que des troubles fonctionnels, comme une grande dyspnée, la dysphagie, l'enrouement ou l'aphonie. Mais ces symptômes prédominants font soupçonner des compressions d'organes voisins de l'anévrysme, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Mais c'est surtout en discutant le diagnostic différentiel de ces anévrysmes que l'on peut établir la valeur des éléments nombreux du diagnostic.

Les maladies avec lesquelles on peut confondre les anévrysmes de l'aorte ascendante sont celles qui ont avec eux quelques symptômes communs, principalement localisés dans la région thoracique située *à droite de la partie supérieure du sternum*. Ce sont des tumeurs faisant saillie, des battements insolites, des souffles anomaux, et enfin des symptômes de compression des organes intra-thoraciques.

Les *tumeurs extérieures* faisant saillie à la surface de la poitrine peuvent être confondues avec celles des anévrysmes si elles sont le siége de battements ; mais il n'y a que des anévrysmes qui aient des battements *expansifs*, les tumeurs de toute autre nature n'ayant que des battements de soulèvement, et se trouvant d'ailleurs rarement circonscrites dans les limites des anévrysmes. Toutefois elles peuvent y être limitées ; et comme certains anévrysmes aortiques peuvent faire saillie sans avoir de battements expansifs, quand le sang est solidifié dans leur intérieur, on peut alors hésiter à croire à un anévrysme. Moutard-Martin en a rapporté un remarquable exemple à la Société médicale des hôpitaux (1864), ainsi que H. Roger, dont l'observation rare concernait un enfant de dix ans (1863). Ces deux anévrysmes furent cependant diagnostiqués pendant la vie.

Les *battements artériels* sans tumeur, mais visibles extérieurement, ne sont pas non plus circonscrits comme ceux dus aux anévrysmes. Il faudra bien se garder d'attribuer à cette dernière cause les soulèvements visibles du cœur, au niveau des espaces inter-cartilagineux *gauches*, qui ont lieu à chaque systole, chez certains sujets maigres atteints de maladies fébriles, ou bien *à droite de la partie inférieure du sternum*, lorsque le cœur y est refoulé par un épanchement pleurétique gauche abondant. — Le siége du maximum des *souffles anomaux*, perçus en dehors des points où l'on entend ceux du cœur, ne permettra pas de les confondre avec ceux des affections cardiaques.

Les symptômes de compression des organes intra-thoraciques, des conduits respiratoires, des poumons, de l'œsophage, des gros troncs veineux, etc., pour-

ront être produits par des tumeurs intérieures autres que des anévrysmes de l'aorte ascendante; mais alors l'auscultation fera constater l'absence de tout bruit anomal caractéristique d'un anévrysme aortique. Je ferai remarquer du reste que, dans les cas de compression qui m'occupent, l'anévrysme aortique est la cause à laquelle il faut penser d'abord comme étant la plus commune; et il est rare qu'alors un examen attentif ne révèle pas les signes très-probables, sinon évidents, de l'affection aortique, lorsqu'elle existe. Les symptômes de compression ne doivent pas d'ailleurs être considérés comme constants dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte; et l'on a cité des cas dans lesquels l'absence de ces signes a jeté la plus grande obscurité sur le diagnostic.

Lorsque ces signes de compression existent, ils acquièrent quelquefois une très-grande valeur. Jackson ayant affaire à un malade accusant une douleur brûlante dans la poitrine, ayant rendu précédemment du sang et ayant une voix faible et rude sans autres signes d'anévrysme, constata l'immobilité de la corde vocale gauche à l'aide du laryngoscope, et diagnostiqua la compression du nerf vague par une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte, ce que l'autopsie vérifia (*Med. Times,* 1864). Traube, de Berlin, avait déjà fait servir le laryngoscope au diagnostic des anévrysmes de l'aorte, mais il y avait d'autres signes évidents de l'affection. En 1865 (*Soc. méd. des hôpit.*) Potain, comme Jackson, reconnut l'existence d'un anévrysme aortique à l'aide du laryngoscope qui lui montra la paralysie de la corde vocale gauche chez un malade âgé de soixante-un ans, qui ne présentait d'abord que de l'oppression, une toux pénible et éteinte, et de l'aphonie. Mais il constata de plus au laryngoscope un signe important : le refoulement visible de la paroi trachéale par la tumeur anévrysmale. Krishaber a prétendu que les muscles du larynx sont plutôt contracturés que paralysés par suite de l'excitation du nerf récurrent par le voisinage de la tumeur; mais il s'agit dans les faits dont il vient d'être question de la preuve de la *compression* du récurrent.

Les *artères intercostales* sont très-rarement le siége de tumeurs anévrysmales; et cette rareté, jointe à l'absence des signes habituels de l'anévrysme, peut rendre leur diagnostic tout à fait impossible. C'est du moins ce qui résulte de l'observation remarquable publiée par Heyfelder d'Erlangen (*Das Chirurg. und Augenkranken Klinikum der Univers;* et *Arch. gén. de méd.*, 1853, I). Il s'agissait d'un homme qui offrait une tumeur thoracique de la troisième à la sixième côte gauche et du sternum à l'aisselle, peu mobile, assez dure, indolente, sans fluctuation, ni pulsations, ni altération de la peau, et avec signes normaux à l'auscultation du poumon. On crut à une tumeur encéphaloïde; mais à l'*auptosie* l'on trouva un anévrysme faux de l'artère intercostale formant tumeur intra et extra-thoracique.

La facilité du diagnostic dépend souvent du point de l'aorte ascendante ou de la crosse où siége l'anévrysme. La tumeur peut, en effet, se développer de préférence *en arrière,* où la trachée, les troncs bronchiques, les divisions de l'artère pulmonaire, les gros troncs veineux et l'œsophage sont comprimés; *en dehors,* où elle repousse le poumon ; et enfin *en avant,* où a lieu la compression de l'artère pulmonaire, si la tumeur siége immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, et enfin le refoulement des cartilages costaux, si elle siége plus haut.

L'étude des symptômes, ainsi que le siége précis des signes locaux, pourra donc, jusqu'à un certain point, éclairer sur le *siége* de l'anévrysme. Suivant R. Golding (*Lond. méd. Gaz.,* 1848), les battements dans le creux sus-sternal peuvent annoncer un anévrysme de la crosse aortique *avant tout autre signe.*

De plus, Genest (*Arch. gén. de méd.*, 1831) a constaté que, dans l'anévrysme du tronc brachio-céphalique, la tumeur caractéristique se portait au-dessus de la clavicule droite, sans que les signes de l'anévrysme existassent au-dessous. Ce sont des particularités qui sont utiles à connaître dans la pratique. Mais c'est principalement l'examen du pouls, surtout à l'aide du sphygmographe, qui peut éclairer quelquefois sur le siége précis de la tumeur anévrysmale. C'est un fait connu depuis longtemps que l'existence des modifications du pouls au-delà des tumeurs anévrysmales. Marey a démontré que le pouls était quelquefois partout affaibli quand la tumeur anévrysmale occupait l'origine de l'aorte, et que lorsque l'anévrysme occupait le tronc brachio-céphalique, il modifiait le pouls de la radiale droite, comme il le montre dans les figures suivantes, où l'on voit l'amplitude de la pulsation sensiblement diminuée à droite, *fig.* 11 et 12.

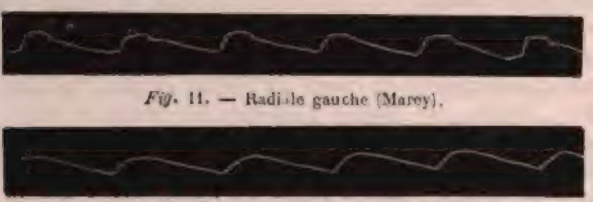


Fig. 11. — Radiale gauche (Marey).

Fig. 12. — Radiale droite (Marey).

Mais ces données sont très-restreintes, et l'étude des anévrysmes de l'aorte n'a pas un aussi grand parti à tirer ici de ce mode d'exploration que celle des anévrysmes des membres, qui regardent les chirurgiens. Le degré auquel est arrivé l'anévrysme sera ordinairement en rapport avec l'étendue des signes locaux.

Mais est-il possible de reconnaître pendant la vie la *forme anatomique* de l'anévrysme? de savoir s'il y a une simple *dilatation générale*, ou un *anévrysme vrai*, ou un anévrysme *faux*, ou enfin un anévrysme *variqueux*? D'abord il est reconnu que l'anévrysme *vrai*, ou dilatation partielle de l'aorte, ne donne lieu par lui-même à aucun signe, et ne peut être constaté par nos moyens ordinaires de diagnostic. Mais il n'en est pas de même de la *dilatation générale* de l'aorte, dilatation qui est ordinairement facilitée par le développement des concrétions internes de l'artère (Bizot), et à laquelle on peut rapporter les signes précédemment énumérés. Suivant Gendrin, un seul bruit de choc sec et fortement impulsif, isochrone au bruit systolique du cœur, dont il est souvent difficile de le distinguer, serait le signe particulier de la dilatation aortique; mais le fait n'est pas généralement admis, et, pour mon compte, j'ai positivement constaté dans un cas deux bruits bien distincts. Un signe négatif plus important, signalé aussi par Gendrin, c'est l'existence d'une tumeur anévrysmale extérieure, qui doit faire rejeter l'idée d'un anévrysme par simple dilatation. — Presque toujours on a affaire à un anévrysme *faux*, et c'est à lui que se rapportent tous les signes rappelés plus haut ; mais lorsque la tumeur manque, comment le distinguer de la simple dilatation? Une seule particularité différentielle, d'ailleurs assez subtile, a été indiquée : c'est que, dans la simple dilatation, la poitrine est soulevée dans un plus grand espace, et que les bruits sonores de l'artère sont plus étendus. On conçoit l'insuffisance de ces distinctions.

L'anévrysme *variqueux*, qui résulte de la communication d'un anévrysme de l'aorte ascendante soit avec l'oreillette ou le ventricule droits, soit avec l'artère pulmonaire ou la veine cave supérieure, ne peut être soupçonné que par voie d'exclusion. Les phénomènes insolites qui en résultent, en effet, ressemblent à la fois à ceux que produit l'anévrysme aortique qui est le point de départ de la communication variqueuse, et aux affections du cœur avec trouble extrême de la circulation. Cependant il en est un sur lequel Thurnam (*Arch. gén. de méd.*, 1841,

t. XI, p. 210) a attiré l'attention, et qui a une grande importance, mais malheureusement il n'est pas constant : c'est un *bruit de souffle* ou de *scie* intense et superficiel, accompagné de frémissement cataire également marqué, au niveau de l'ouverture anévrysmale et dans le sens du courant sanguin; bruit qui est *continu*, plus fort pendant chaque systole du cœur, et que cette intensité et cette continuité serviront à distinguer des bruits anomaux ordinaires de l'anévrysme aortique ou des lésions valvulaires du cœur. Lorsqu'il y a, ajoute Thurnam, communication variqueuse entre l'aorte et la veine cave supérieure ou l'oreillette droite, sans déplacement du cœur, le bruit avec frémissement sera perçu *le long du bord droit du sternum*, avec son maximum au niveau du deuxième espace intercostal. Quand l'anévrysme s'ouvre dans l'artère pulmonaire ou au sommet du ventricule droit, les points correspondants *du côté gauche* seront au contraire le siége du bruit. Lorsque ces signes se sont manifestés à la suite d'un *effort* extraordinaire, avec *douleur précordiale*, *lipothymies*, l'auteur regarde l'anévrisme variqueux de l'aorte ascendante comme presque certain. Il joint à ces symptômes ceux moins caractéristiques de l'*anasarque*, de la *congestion veineuse* avec dilatation variqueuse des veines sous-cutanées, une *dyspnée* allant jusqu'à l'orthopnée, une *toux* avec *crachats sanguinolents*, un pouls parfois caractéristique par son bondissement particulier, moins fréquemment la *faiblesse générale*, la *diminution de la chaleur* animale. Mais ces derniers signes n'ont rien de caractéristique, excepté lorsque la communication a lieu *avec la veine cave supérieure*, parce qu'alors la congestion veineuse et l'œdème occupent la *moitié supérieure du corps*, comme dans tous les cas d'obstacle au cours du sang dans cette veine.

Ern. Goupil, dans son excellente thèse (Paris, 1855), où il examine la question de l'anévrysme artérioso-veineux à ce dernier point de vue, a fait observer avec raison que l'ensemble des symptômes présente quelque chose d'insolite et inusité qui doit faciliter le diagnostic. Mais aussi il fait la remarque que le souffle peut n'être pas continu, et qu'il peut ne se montrer qu'au premier temps ou aux deux temps; or, dans ce cas, le diagnostic doit présenter de très-grandes difficultés, car on pourrait croire alors à un anévrysme aortique comprimant simplement la veine cave supérieure. De son côté, le docteur Henry (de Nantes) a également constaté un souffle non continu dans un cas très-curieux d'anévrysme artérioso-veineux traumatique de l'artère carotide droite, au niveau de son passage dans le sinus caverneux (*Thèse*, Paris, 1856, p. 46). Quoi qu'il en soit, le bruit anomal signalé par Thurnam, *souffle* ou *susurrus continu*, avec renforcement au premier temps, doit être considéré, lorsqu'il existe, comme le signe le plus probant de l'espèce d'anévrysme qui m'occupe.

Wade, au lieu de ce souffle continu avec renforcement, a constaté un fait dans lequel les deux bruits du cœur étaient remplacés par deux souffles, le second sifflant, et prolongé pendant le grand silence. Ce sifflement s'étendait jusqu'aux carotides, mais non à la pointe du cœur, qui battait au niveau du sixième espace intercostal. Il y avait un frémissement cataire. Wade admit une communication anévrysmale de l'aorte avec l'artère pulmonaire, se fondant sur les signes qui précèdent, et sur la fréquence bien plus grande de cette communication relativement à celle de l'aorte avec d'autres parties. L'autopsie confirma ce diagnostic (*Med. chir. Transact.*, 1861). Enfin T. Gallard a relaté un fait très-intéressant d'anévrysme artérioso-veineux de la crosse de l'aorte, communiquant avec la veine cave supérieure, et qui offrait, d'une part, tous les signes d'une tumeur du médiastin *comprimant* au moins cette veine, et d'autre part un souffle commençant au premier bruit du cœur et couvrant le petit silence et le second bruit,

souffle surtout prononcé à la base du cœur, ce qui fit soupçonner avec raison à Gallard l'existence d'une communication anévrysmale avec la veine cave supérieure, ce qui fut reconnu à l'autopsie. La connaissance de ces faits particuliers est très-importante au diagnostic de cette forme d'anévrysme.

Ces communications artérioso-veineuses ou cardiaques constituent une vraie *complication* de l'anévrysme aortique, qui peut en outre s'ouvrir dans les autres organes voisins : dans les *plèvres*, le *péricarde*, la *trachée*, les *bronches*, le *poumon*, l'*œsophage*, le *médiastin*, ou se rompre à travers la *peau* amincie et soulevée par la tumeur : toutes circonstances dans lesquelles l'hémorrhagie externe ou interne est ordinairement mortelle. Il n'est pas très-rare de rencontrer l'OBLITÉRATION *de la veine cave supérieure* ou de l'*artère pulmonaire* comme conséquence des anévrysmes de la crosse aortique; mais une complication très-exceptionnelle est l'*inflammation suppurative* du sac, qui s'ouvre au dehors sans hémorrhagie, comme dans le fait exceptionnel communiqué à la Société anatomique par Delort (*Bulletin de la Soc. an.*, t. I, 1826). Dans les cas de perforation, la perforation ne s'effectue pas seulement par l'érosion graduelle de l'intérieur du sac anévrysmal ou par l'amincissement progressif de ses parois, mais aussi par le progrès d'une ulcération que son voisinage a déterminée dans un organe voisin. J'ai recueilli un exemple d'hémorrhagie foudroyante de cette espèce, par une bronche principale, dans laquelle existait une ulcération manifestement ancienne, formant un creux évasé du côté de la cavité bronchique, et ayant pénétré dans la cavité de l'anévrysme au niveau d'une adhérence de la tumeur. Cette adhérence et cette ulcération étaient évidemment l'effet d'une inflammation qu'avait déterminée l'anévrysme.

3° *Pronostic.* — Le pronostic des anévrysmes de l'aorte ascendante ou de la crosse de l'aorte est toujours grave, et suivi plus ou moins rapidement de mort, le plus souvent par rupture du sac et hémorrhagie interne ou externe. Gairdner (*Monthly journ. of méd.*, 1853) a appelé l'attention sur la fréquence de la dyspnée comme cause de mort, spécialement lorsque l'anévrysme provient de la partie postérieure de la crosse de l'aorte, dyspnée ayant un caractère spasmodique très-marqué et souvent un type laryngé distinct. Il pense que cette dyspnée ne tient pas nécessairement à la compression des conduits aériens, mais à la lésion des nerfs pneumo-gastriques et des récurrents, et que la nature laryngée de la dyspnée est démontrée quelquefois par l'atrophie des muscles internes du larynx, comme l'a signalé le docteur Todd.

B. ANÉVRYSMES DE L'AORTE PECTORALE DESCENDANTE.

Le début est analogue à celui des anévrysmes de la crosse de l'aorte. Les signes locaux sont en général aussi à peu près les mêmes, à part leur siége différent, qui occupe, à une hauteur variable, le côté *gauche* de la région dorsale, dans le voisinage de l'épine, ce qui s'explique par la position de l'aorte descendante. Nous retrouvons ici : la *douleur* ou la gêne occupant le côté gauche de la poitrine; à une hauteur variable, la *tumeur*, parfois énorme et avec destruction des côtes correspondantes; les *pulsations* isochrones au pouls, avec *bruits sonores* ou *souffle prolongé* plus ou moins rude ; parfois *pouls imperceptible* à gauche lorsque la tumeur siége très-haut. Cette tumeur peut, dans ce dernier cas, occasionner en même temps un *œdème* localisé au bras gauche, par suite de la compression des vaisseaux qui s'y rendent. Lorsque la tumeur est considérable, elle peut produire de la dyspnée et de l'oppression, dues à la compression du poumon ; plus rarement, comme Laennec en a vu un exemple, elle use les vertèbres et produit une *paraplégie* en comprimant la moelle épinière.

Andral a communiqué, en 1854, à l'Académie de médecine, un fait excep-

tionnel analogue, dans lequel l'anévrysme, quoique latent à l'auscultation, avait également érodé les vertèbres, en produisant une incurvation à angle droit de la colonne rachidienne, au niveau de la septième vertèbre dorsale. Il existait, en outre, une douleur dorsale, des douleurs subites, lancinantes dans les membres inférieurs, et un affaiblissement notable de leurs mouvements (*Bul. de l'Acad. de méd.*). — S'il y a simple *dilatation* de l'aorte thoracique descendante, on trouve à son niveau les mêmes signes stéthoscopiques qu'au niveau de la dilatation de la crosse aortique, qui existe d'ailleurs en même temps, ainsi que Valleix l'a observé dans les faits qu'il a rassemblés, et comme je l'ai vu moi-même deux fois.

III. **Anévrysmes de l'aorte abdominale.**

Tantôt ils sont caractérisés par une *tumeur* plus ou moins volumineuse, située ordinairement entre l'épigastre et l'ombilic, appréciable au palper, qui peut la circonscrire et percevoir des battements *expansifs* isochrones à ceux du pouls, et accompagnés, à l'ausculation, d'un *bruit* ou d'un *souffle* simple très-sonore. On a cité un malade qui croyait entendre un *sifflement* au niveau de la tumeur. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est l'absence de phénomènes fonctionnels ou physiques du côté de la poitrine, à moins de complications. Mais il n'en est pas de même pour les organes abdominaux : on a constaté dans différents cas des *douleurs très-vives,* intermittentes, dans la région lombaire ou à l'hypogastre, et même aux extrémités inférieures (Reatty), des *vomissements* chez des sujets atteints d'une tumeur anévrysmale à l'épigastre, des *selles involontaires*, l'*œdème des membres inférieurs*, la *paraplégie,* des *douleurs dans le bassin*, et peut-être aussi des *pertes utérines* (Pennock), suivant le siége occupé par la tumeur. — L'anévrysme peut s'ouvrir dans le *péritoine*, d'où une péritonite mortelle. Moutard-Martin a vu la rupture se faire une fois dans la *plèvre*, et causer subitement la mort (*Bul. Soc. anat.*, 1845).

Dans les cas de tumeur, le diagnostic est assez facile si l'on tient compte de la matité, du souffle perçu à son niveau, et surtout de son *expansion* à chaque battement. Toutefois, cette expansion avec souffle peuvent se rencontrer dans certaines tumeurs épigastriques, comme l'a vu W. Moore au niveau d'un *abcès du foie*, révélé par l'autopsie (*Med. Press*, 1867).

Cette expansion n'a pas lieu dans le cas de tumeur solide soulevée par les battements de l'artère. Il faut convenir cependant qu'il est impossible, dans certains cas, de décider s'il y a expansion ou simple soulèvement de la tumeur, comme dans un fait de tumeur cancéreuse du pancréas rapporté par Andral. La difficulté du diagnostic est plus grande si la tumeur est petite. Si l'on ne sent pas de tumeur, le diagnostic est impossible, attendu que l'on peut croire qu'il y a simplement des battements nerveux artériels (*Voy.* BATTEMENTS). Cette impossibilité du diagnostic est absolue dans les cas d'anévrysme *disséquant;* aussi cette lésion n'a-t-elle jamais été reconnue qu'à l'ouverture des cadavres. — Dans le cas d'anévrysme *variqueux* de l'aorte abdominale ouvert dans la veine cave inférieure, on a, pour le reconnaître, le *bourdonnement continu* avec renforcements, qui se produit au niveau de la tumeur pulsatile de l'abdomen.

D'autres vaisseaux que l'aorte ne peuvent-ils pas être le siége de tumeurs faciles à confondre avec des anévrysmes aortiques? On doit répondre affirmativement à cette question. On sait aujourd'hui que le tronc cœliaque est très-rarement anévrysmatique, contrairement à ce que l'on pensait autrefois en raison des battements épigastriques purement nerveux que l'on attribuait à tort à cet anévrysme, qui aujourd'hui n'a qu'une importance anatomique. Il en est de même de l'anévrysme des artères *hépatique et stomachique* dans la plupart des

cas. Cependant Walmann a rapporté un fait d'*anévrysme de l'artère hépatique* formant une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, et qui s'ouvrit dans la cavité du péritoine ; cette tumeur comprimait les voies biliaires et produisait une rétention de la bile (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. XIV). L'ictère observé dans un autre fait remarquable, rapporté par Wilson, était sans doute dû à la même compression ; mais il s'agissait ici d'un *anévrysme de l'artère mésentérique supérieure* formant une tumeur pulsatile *mobile* à la région épigastrique. Cette mobilité pourrait être utile au diagnostic de cette variété d'anévrysme ; aussi ne peut-on pas dire avec Luton que la fixité est un caractère propre aux anévrysmes de l'abdomen. Il arrive quelquefois que la rupture de la tumeur, latente jusque-là, est le premier signe de l'anévrysme, que l'on ne peut reconnaître que sur le cadavre ; tel est le fait d'hématémèse et d'entérorrhagie mortelles produites dans un cas d'anévrysme de l'artère hépatique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et qui s'ouvrit dans la vésicule biliaire (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. XIII, 1858).

Tels sont les différents anévrysmes de l'aorte et ceux des artères intra-splanchniques qui peuvent être confondus avec eux. Ils constituent des affections tendant à faire des progrès incessants, et qui, par conséquent, présentent toujours une très-grande gravité, tant par les ruptures subites et ordinairement mortelles qui sont constamment à craindre, que par les autres accidents résultant de la compression ou de l'usure d'organes importants.

ANGINES. — Toutes les affections aiguës diverses que les anciens comprenaient sous cette dénomination présentent deux conditions communes : 1° la difficulté douloureuse de la déglutition ou de la respiration ; 2° le siége des lésions anatomiques qui les caractérisent, ces lésions occupant les organes creux compris entre la bouche et les fosses nasales d'une part, et les poumons et l'estomac d'autre part. L'anatomie pathologique, en jetant un nouveau jour sur les lésions locales complexes des maladies angineuses, a démontré toute l'importance des lésions anatomiques comme moyen de distinguer ces maladies si confuses. Cette distinction anatomique est un point capital du diagnostic, on ne saurait s'empêcher de le reconnaître ; cependant les conditions pathologiques dans lesquelles se développent les angines ne sont pas d'une moindre importance.

Le professeur Lasègue, qui a publié récemment un *Traité des angines* (1868), a fait ressortir avant tout l'importance des angines dans les fièvres éruptives, et la nécessité pour la dermatologie d'étendre l'étude des manifestations cutanées jusqu'à l'arrière-gorge, plus qu'on ne le fait généralement. Il fait remarquer l'apparition plus hâtive des exanthèmes gutturaux que celle des exanthèmes cutanés, leur marche plus rapide, leur résolution moins franche, et l'inflammation secondaire qui leur succède, et qu'il en faut distinguer. Il range ici les angines *scarlatineuse, morbilleuse, varioleuse, herpétique*, les angines *syphilitiques* qui sont pour lui, au premier chef, des affections éruptives (syphilides de la muqueuse), l'angine *acnéique*, l'*urticaire gutturale*.

Il accorde à l'angine *érysipélateuse* une gravité plus grande qu'à la plupart des angines éruptives; et il admet l'angine *rhumatismale*, constituant, à l'état aigu, la première manifestation, le plus souvent négligée, de certains rhumatismes articulaires; l'angine *diphthéroïde;* des angines *catarrhales phlegmoneuses*. Il considère les angines dites gangréneuses, ulcéreuses, couenneuses, comme de simples complications qui ne sauraient imposer leur nom à la maladie.

J'exposerai les caractères et le diagnostic de ces différentes angines, que j'énumère simplement ici, à propos des maladies auxquelles elles se rattachent, et je comprendrai les angines catarrhales et plegmoneuses dans les PHARYNGITES

ainsi que des lésions aiguës de la muqueuse gutturale déterminées par le contact de substances irritantes (médicament, produit caustique avalé par mégarde). L'ingestion des sels d'antimoine, même à petites doses, occasionne sur la muqueuse une pustulation identique à celle qu'on observe à la peau. Les mercuriaux, outre la cavité buccale, atteignent l'isthme du gosier, où apparaissent des ulcérations. Enfin le datura, la belladone, la jusquiame produisent une sécheresse de la gorge qui peut acquérir une certaine importance dans les empoisonnements par ces substances, lorsque le délire et la dilatation des pupiles n'ont fait surgir qu'une présomption (Lasègue).

Je renvoie au mot Diphthérie la description de l'angine diphthérique. Bretonneau, qui l'a fait connaître, n'a pas tenu compte à tort de l'angine *gangréneuse*, beaucoup plus rare sans doute que la diphthérie pharyngo-laryngienne, mais dont on a observé des exemples irrécusables, ainsi que l'a surtout établi la discussion soulevée en 1857, à la Société médicale des hôpitaux, par la lecture d'un Mémoire intéressant de Gubler sur ce sujet.

La plupart des angines graves ont un caractère épidémique ; et rien ne démontre mieux la difficulté que l'on éprouve fréquemment à bien connaître leur nature que la variété des manifestations locales résultant de l'état général qui les engendre.

ANGINE DE POITRINE. — C'est par un abus de langage qu'on a donné à cette maladie le nom d'*angine*. On l'a dénommée *sternalgie, angoisse de poitrine, sternocardie, syncope angineuse* ou *arthritique,* etc., suivant certaines particularités symptomatiques, ou suivant l'opinion que l'on se formait de ses lésions ou de sa nature, qui n'est pas déterminée. Pour Trousseau, ces lésions n'étaient que l'occasion de la manifestation de l'angine de poitrine, qu'il considérait comme une névrose quelquefois essentielle, souvent liée à une diathèse, rhumatismale ou goutteuse. Il admettait encore que cette affection pouvait être une névralgie épileptiforme (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*).

1° *Éléments du diagnostic.* — L'angine de poitrine est caractérisée par des *accès* revenant à des intervalles irréguliers, plus ou moins éloignés. L'individu étant en marche est subitement surpris et arrêté par une *douleur* d'une extrême violence, pongitive ou consistant en un sentiment de constriction, ou de suffocation ; cette douleur, rarement précédée de *malaise*, d'*inquiétude* et d'une espèce de *bouillonnement* vers l'hypochondre gauche, se manifeste au niveau de la partie inférieure du sternum, vers la région précordiale, d'où elle s'irradie vers l'épaule gauche, le bras correspondant et le cou, où elle va diminuant et en se transformant en un sentiment de torpeur, avec picotement ou fourmillement; rarement la douleur s'étend vers le côté droit de la poitrine ou à des parties plus éloignées, et bien plus rarement encore elle débute par le côté droit de la poitrine ou par le bras gauche. Avec la douleur il y a d'abord *suspension de la respiration*, puis accélération des mouvements respiratoires (36 au plus), qui sont ordinairement peu profonds ; *pouls* petit, faible, plutôt lent qu'accéléré, parfois intermittent, irrégulier; *pâleur, angoisse;* anéantissement des forces ; quelquefois enfin *lipothymies* ou même *syncopes*. L'accès cesse graduellement au bout de quelques instants, quelquefois il survient des *éructations gazeuses* ou des *vomissements* qui annoncent la fin de l'accès, auquel succède un sentiment de *fatigue* ou d'*engourdissement* dans la poitrine et dans les membres supérieurs. A ces signes caractéristiques, il n'est pas rare de voir se joindre d'autres signes qui dépendent d'une affection grave du *cœur* ou des *gros vaisseaux*, mais qui sont loin d'être constants, comme on l'a dit.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'invasion subite des accès, la douleur et

l'angoisse essentiellement passagères qui les constituent, le siége habituel de cette douleur, sont des caractères qui ne permettent guère de méconnaître l'angine de poitrine. Cependant les phénomènes peuvent être d'abord peu accentués, et la douleur principalement peut ne pas envahir toutes les régions qu'elle occupe habituellement, ce qui soulève des doutes qu'il n'est pas toujours possible de lever. — La *marche* par accès, dans les intervalles desquels la santé est ordinairement parfaite, si l'angine de poitrine est idiopathique, et quelle que soit la fréquence ou la rareté des accès, contribue à dissiper ces doutes. Mais il n'en est plus de même lorsque des phénomènes morbides d'un autre ordre se montrent dans les intervalles ; il faut alors rechercher si l'angine de poitrine est symptomatique, en remontant à sa cause. — On trouvera quelquefois en effet, en examinant le malade, qu'il est affecté tantôt d'une maladie du *cœur*, tantôt d'un anévrysme de l'*aorte*, tantôt d'une affection chronique de l'*estomac*, ainsi que j'en ai observé un exemple, dans lequel il y a eu guérison simultanée de l'affection stomacale (ulcère simple ?) et de l'angine de poitrine. Ces différentes conditions pathologiques, dans lesquelles l'angine de poitrine est secondaire ou symptomatique, démontrent la nécessité d'un examen complet du malade, afin de ne pas confondre avec la forme symptomatique la forme idiopathique à accès périodiques simples. L'interrogatoire fournira, entre autres données, des renseignements précieux sur les conditions accidentelles dans lesquelles se montrent les accès. Il ne faut pas oublier que la *marche contre le vent*, l'*ascension* d'un escalier, un *accès de colère*, une *violence extérieure*, un *excès alcoolique*, ont été observés comme causes occasionnelles du premier accès, et qu'il a suffi quelquefois d'un *faux pas*, d'un simple mouvement, d'un effort de *toux* ou de *défécation* pour provoquer leur retour, surtout lorsque la maladie est déjà ancienne. Beau a considéré comme cause d'angine de poitrine l'usage excessif du *tabac à fumer* (*Acad. des sciences*, juin 1862) ; mais son opinion n'a pas été confirmée. Lancereaux (*Soc. de biologie*, 1864) a constaté le rétrécissement des artères coronaires, avec plaques saillantes des parois aortiques, et une sorte de plasma entourant des filets du plexus cardiaque chez un sujet mort d'angine de poitrine. Trois faits observés en Angleterre, en 1865 (*Union méd.*), sembleraient confirmer l'existence du rétrécissement des artères coronaires comme cause anatomique. On sait que déjà anciennement Heberden, Parry, Kreysing, Burns, J. Frank et d'autres observateurs, faisaient dépendre la maladie de l'ossification des artères coronaires.

La seule affection qui pourrait d'ailleurs avoir quelque ressemblance avec l'angine de poitrine est la *névralgie dorso-intercostale* ; mais si la douleur peut présenter quelque analogie, la marche de cette névralgie, c'est-à-dire la durée plus prolongée des accès et leur retour plus fréquent, ne laisse pas longtemps dans le doute. Ce n'est que dans le premier moment de l'invasion de la névralgie dorso-intercostale, si cette invasion est subite et la douleur très-intense (ce qui est du moins fort rare), que l'on pourrait d'abord croire à une angine de poitrine. Il en est de même d'un accès d'*asthme* ; mais ici les signes stéthoscopiques démontrent que le siége des accidents est dans les organes intra-thoraciques. Peut-il y avoir plus de difficultés lorsque l'angine de poitrine coïncide avec l'une ou l'autre des affections dont je viens de parler ? Je ne le pense pas, la distinction des deux maladies concomitantes ne pouvant échapper qu'à une observation superficielle.

Si le malade est convenablement interrogé et examiné, l'on ne méconnaîtra donc pas l'existence d'une angine de poitrine. Cependant il peut résulter de la *forme* symptomatique de la maladie des difficultés réelles de diagnostic, si la

physionomie de l'affection se trouve modifiée par l'insuffisance des symptômes. — C'est là surtout qu'est l'origine des erreurs qui peuvent être commises. Quoi qu'il en soit, si l'on arrive à diagnostiquer l'angine de poitrine, on aura établi en même temps si elle est *symptomatique* d'une affection du cœur, ou des gros vaisseaux, ou de l'estomac, ou bien si elle est *primitive* et indépendante de toute lésion organique saisissable à nos moyens d'investigation.

3° *Pronostic.* — Il est grave dans les deux circonstances que je viens de rappeler. Si l'angine de poitrine est symptomatique, elle partage la gravité de la maladie qui en est l'origine, et, dans les affections du cœur et de l'aorte, la mort peut survenir subitement au moment d'un accès. Si elle est simple ou primitive, les chances de mort ne sont qu'un peu moindres, car ici encore la terminaison est le plus souvent fatale. A mesure que l'angine s'aggrave, les accès deviennent plus fréquents, plus longs, plus douloureux ; le contraire arrive lorsque l'angine diminue et tend à guérir, ce qui a lieu dans un certain nombre de cas, ainsi que je l'ai observé chez le malade dont j'ai parlé plus haut.

ANGIOLEUCITE. — Quoique produite le plus souvent par des blessures ou des ulcérations de la peau et l'absorption de matières putrides, et par conséquent du ressort de la chirurgie, l'angioleucite n'en intéresse pas moins au point de vue de certaines maladies internes (*Voy.* BLENNORRHAGIE, MÉTRITE, MORVE, SYPHILIS). Quant à la confusion que l'on pourrait établir entre les signes locaux de l'angioleucite et ceux de la *névrite*, de la *phlébite*, de l'*érythème noueux*, et de l'*érysipèle*, je renvoie à ce que nous en avons dit aux articles consacrés à ces dernières affections.

ANGOISSE. — *Voy.* ANXIÉTÉ.

ANIMALCULES. — *Voy.* PARASITES (Animaux), SPERMATOZOÏDES.

ANOREXIE. — *Voy.* FAIM.

ANTAGONISME. — On a introduit ce mot dans le vocabulaire médical pour désigner le principe en vertu duquel il y aurait, « en raison de l'endémicité même de certaines manifestations pathologiques, incompatibilité plus ou moins absolue de coexistence pour un autre ordre de formes morbides dans la même localité (Boudin). » Outre cet antagonisme géographique, on admettrait aussi un antagonisme individuel, qui rendrait les sujets qui sont affectés de certaines maladies, indemnes d'autres maladies incompatibles.

Cette manière d'envisager les faits est sans doute fort ingénieuse ; mais lorsque l'on étudie attentivement les travaux qui ont été publiés sur ce point de pathologie, on ne peut s'empêcher de reconnaître que les conclusions formulées ne reposent que sur de simples allégations d'auteurs, sur des aperçus dénués de preuves, ou sur des données statistiques très-insuffisantes. C'est, en effet, sur une base aussi fragile que s'est appuyé Boudin, qui, le premier, a voulu donner comme une loi l'antagonisme entre les fièvres paludéennes et la phthisie pulmonaire, et entre les mêmes fièvres et la fièvre typhoïde (Boudin, *Traité des fièvres intermittentes*, 1842; *Traité de géographie médicale*, 1857, t. II, p. 514, etc.). Combattue par Forget (de Strasbourg), Gintrac, Michel Lévy, et par beaucoup d'autres observateurs distingués qui exercent dans des contrées marécageuses, cette opinion a été surtout très-fortement ébranlée, ou plutôt renversée par le consciencieux travail du docteur Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest, qui n'en a laissé rien subsister.

Du fait de l'insuffisance manifeste des preuves, je ne conclus pas que l'antagonisme n'existe point comme fait général, mais que les antagonismes annoncés jusqu'à présent ne sont nullement démontrés. Que faudrait-il donc pour formuler les véritables lois de l'antagonisme? Il faudrait évidemment recueillir, sans

idée préconçue, un nombre considérable de faits bien observés, et en tirer des conclusions numériques comparatives. C'est ainsi qu'a procédé le docteur Lefèvre dans le Mémoire cité ; et, quelle que soit l'opinion que l'on ait de la méthode numérique, il est de toute évidence qu'elle seule peut résoudre ces sortes de problèmes.

Quant à l'antagonisme qui peut exister, chez un même individu, entre diverses maladies, il ne me paraît pas non plus établi sur des preuves suffisamment convaincantes. Barthez et Rilliet, dans leur excellent *Traité des maladies des enfants*, ont cru reconnaître un antagonisme de cette espèce entre la diathèse tuberculeuse et la scarlatine, entre les tubercules et la variole. On a déclaré antagonistes : le choléra et la suette ; les scrofules ou les tubercules et le rachitis ; les tubercules et l'intoxication saturnine (Beau) ; la coqueluche et la rougeole (Faber) ; la fièvre typhoïde et les maladies graves (Thirial). De tous ces antagonismes, il n'en est aucun qui soit parfaitement démontré, soit que l'assertion ait été émise *à priori*, soit que le nombre des faits sur lesquels on s'est basé ait été infiniment trop restreint, soit enfin que des preuves explicites contre l'antagonisme aient été produites.

L'antagonisme n'est donc actuellement encore qu'à l'état de théorie fort obscure. Aussi l'aurais-je passé sous silence, s'il n'était pas sans danger pour le diagnostic de tenir compte, comme de vérités démontrées, des applications que l'on en a faites. Si l'on admettait, en effet, en présence d'une endémicité palu-déenne ou d'une des maladies que je viens de rappeler, les antagonismes qui ont été formulés, on devrait considérer comme inutile de rechercher, en dehors de cette endémicité ou de chacune de ces maladies, l'existence d'une des affections dites antagonistes ; et, par conséquent, on pourrait méconnaître cette affection si elle existait réellement. L'antagonisme en pathologie, et l'antagonisme en thérapeutique que je n'ai pas à examiner ici, ont été l'objet d'un travail de Constantin Paul (*Thèse* d'agrégat., 1866). Les conclusions en sont plus affirmatives que celles du présent article ; mais je regrette de ne pouvoir les admettre en ce qui concerne l'antagonisme des maladies.

ANTÉCÉDENTS. — *Voy.* Examen des malades.

ANTÉFLEXIONS et **ANTÉVERSIONS.** — *Voy.* Déviations utérines.

ANURIE. — *Voy.* Miction.

ANUS. — Les affections de l'anus intéressent particulièrement le chirurgien ; mais, dans certaines circonstances, le médecin lui-même a besoin aussi de constater l'état de cette région. Non-seulement il y rencontre des lésions locales qui peuvent éclairer le diagnostic d'une maladie générale, des lésions syphilitiques, par exemple, mais encore il y trouve quelquefois l'explication de phénomènes morbides qu'il pourrait être tenté de rapporter à toute autre cause qu'à une lésion locale de cette extrémité du tube digestif.

Le pourtour de l'anus est assez souvent le siége d'affections cutanées (principalement d'*eczéma* et de *plaques muqueuses*), de *fissures* ou d'*éraillures* à fond rosé qui se cicatrisent rapidement, de *chancres* à bords taillés à pic et fond grisâtre, d'*hémorrhoïdes* extra-rectales, et d'*oxyures* dans les plis rayonnés de l'anus. La *névralgie ano-vésicale* atteint l'anus, dont le sphincter peut enfin être atteint de *contracture* de causes diverses, ou de *paralysie*, à laquelle se joignent des *ulcères* et la *gangrène* dans certaines dyssenteries.

Les symptômes ou signes qu'on y observe, outre les lésions cutanées, sont des cuissons, du prurit, des douleurs plus ou moins vives ; des contractures du sphincter alternant avec un relâchement excessif (névralgie ano-vésicale) ; de contractures plus ou moins longtemps persistantes ; la paralysie du sphincte

e incontinence; l'hémorrhagie, qu'il est si important de ne pas confondre c celles qui ont une source plus profonde dans l'intestin. Il ne faut pas adre non plus la contracture du sphincter pour le rétrécissement de l'anus, i est parfois le résultat de l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales, et qui peut idre compte de constipations opiniâtres ou d'accumulations de matières ales dans le rectum. On ne doit pas enfin confondre une paralysie spontanée sphincter, qui explique l'incontinence ou les selles involontaires, avec la mce infundibuliforme qui résulte d'habitudes sodomites passives. Pour décider question, on devra tenir compte des signes que Tardieu a indiqués comme sultant de la pédérastie passive, dans la sérieuse étude médico-légale qu'il a bliée sur ce sujet en 1858 (*Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*). Outre déformation infundibuliforme de l'anus, le relâchement du sphincter et l'in-ntinence des matières, qui existent dans les deux conditions de paralysie ontanée ou de sodomie ancienne, on constate, dans ce dernier cas : la dila-tion extrême de l'orifice anal, l'effacement des plis, des crêtes et caroncules i pourtour de l'anus, des ulcérations, des rhagades, des hémorrhoïdes, des stules, parfois une blennorrhagie rectale, la syphilis. Ces signes ont d'autant us de valeur que les individus se défendent presque toujours avec beaucoup 'énergie de s'adonner aux ignobles habitudes que l'on soupçonne.

L'exploration anale a lieu d'abord par l'*inspection*. Il est bon de dire au alade de faire un effort comme pour aller à la garde-robe, afin que les rties profondes de l'anus se présentent à la vue, à moins qu'on ne se serve a *speculum ani*. Le *toucher* fournit aussi quelques renseignements utiles, i donnant l'idée de la consistance des tissus au-dessus du sphincter. Enfin électrisation de ce sphincter, qui est d'ailleurs extrêmement douloureuse, eut démontrer qu'il est paralysé, si elle lui rend la contractibilité qu'il a erdue.

ANXIÉTÉ. — On désigne ainsi une inquiétude vive avec malaise, pouvant ller jusqu'à l'*angoisse*, et qui dépend ordinairement ou d'une terreur profonde u d'une douleur vive, ou enfin d'un sentiment d'oppression ou de dyspnée rononcées. L'anxiété existe aussi par suite du malaise indéfinissable qui récède certains vomissements, qui accompagne parfois des maladies graves ou ertaines névroses : la fièvre jaune, la peste, la morve aiguë, beaucoup d'em-oisonnements, la morsure des serpents venimeux, l'angine de poitrine, le spasme e l'œsophage, etc. L'anxiété est extrême dans la rage.

AORTE. — *Voy*. ARTÈRES, ANÉVRYSMES.

AORTITE. — Bizot en 1837, et Thierfelder en 1840, avaient décrit l'aortite omme une maladie caractérisée principalement par une anasarque avec fièvre ntense, agitation, anxiété, lypothymies ou syncopes, douleur sous-sternale, lyspnée et toux violente. Depuis les travaux de ces deux observateurs, la ques-ion a été reprise, mais d'abord au point de vue anatomique, les abcès et les athé-omes ramollis de l'aorte ayant été confondus. Cependant la question clinique a u aussi être étudiée. Spengler (*Arch. für pathol. Anat.*, 1852), Schutzenber-er (*Gaz. méd. de Strasb.*, 1856) et Leudet (de Rouen) ont observé chacun un ait d'aortite suppurée. C'est d'après ces observations et deux autres observées ar Rokitansky et Lebert, que Leudet a publié un Mémoire sur ce sujet dans es *Archives de médecine*. Je ne puis mieux faire que d'en résumer les points rincipaux, en faisant remarquer d'abord que dans ces faits il s'agit de l'aortite uppurée, et que le siége constant de la collection purulente a été le tissu cellu-laire externe et la tunique moyenne élastique dissociée et friable, conformément à la description de l'artérite par Virchow.

L'étude des symptômes est rendue difficile par des lésions multiples, ces abcès coïncidant avec une endocardite grave et se montrant dans le cours d'une phlegmasie pulmonaire ou pleurale sérieuse (Splengler, Leudet). En tous cas, l'inflammation initiale est violente, sans avoir rien de caractéristique; mais à la suite de cette première période, appelée d'*inflammation exsudative* par Leudet, apparaissent les symptômes significatifs de l'*infection purulente*, due à la communication morbide de l'abcès avec l'intérieur de l'aorte à travers sa tunique interne.

C'est d'après cette succession de phénomènes que l'on pourra diagnostiquer la maladie. Il me parait cependant impossible de ne pas la confondre avec l'*endocardite ulcéreuse* (*Voy.* ENDOCARDITE et PYÉMIE).

APHASIE. — P. Broca a désigné, en 1861, par le mot *aphasie* (α privatif, et φασις, parole), un état de l'intelligence particulier avec hémiplégie concomitante, et perte de la faculté d'exprimer la pensée par la parole, en mettant ce trouble de la parole sous la dépendance d'une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche. Cette localisation spéciale, si elle était confirmée, donnait raison à Bouillaud qui avait considéré depuis longtemps les lobes antérieurs du cerveau comme présidant à la faculté du langage. De nombreux Mémoires, des discussions approfondies, dont l'une à l'Académie de médecine (1863), ont agité, à ce propos, on peut se le rappeler, le monde médical. La question, étudiée aux points de vue anatomique, physiologique, pathologique et même psychique, a été très-diversement jugée. Des faits pour ou contre ont été produits à propos de cette localisation, qui est loin dès lors d'être constante et qui ne suffit pas, par conséquent, pour expliquer anatomiquement l'aphasie. Cependant on ne saurait s'empêcher d'admettre qu'elle se relie à des lésions ainsi localisées dans un grand nombre de cas.

Si l'aphasie ne coïncide pas constamment avec les lésions de la troisième circonvolution frontale, c'est que cette aphasie est elle-même une question complexe, déjà désignée anciennement sous le nom d'*aphémie*, et qu'elle se trouve faire partie, à titre de variété, des troubles de la parole que les anciens comprenaient sous la dénomination d'ALALIE, mot auquel je renvoie.

APHÉMIE. — *Voy.* ci-dessus APHASIE.

APHONIE. — L'aphonie est la diminution manifeste ou l'abolition complète de la sonorité naturelle de la voix. Nous ne prenons pas par conséquent ce phénomène morbide dans le sens absolu de son étymologie, comme l'ont fait les anciens, qui ont été jusqu'à donner le nom d'aphonie au *mutisme*.

L'aphonie est toujours un symptôme. Les anciens faisaient autant de maladies distinctes des différentes espèces d'aphonie; mais les progrès de l'anatomie pathologique lui ont fait assigner son véritable caractère symptomatique dans le plus grand nombre des cas. Certains auteurs modernes ont pourtant persisté à faire de l'aphonie une maladie particulière quand aucune lésion appréciable ne vient expliquer le phénomène; mais cette distinction n'est pas justifiée.

1° *Caractères.* — L'aphonie est rarement absolue. On sait qu'on appelle communément *enrouement* une aphonie incomplète qui parfois permet à la voix de reprendre, par intervalles, son éclat ordinaire. L'aphonie est donc *complète* ou *incomplète;* elle peut aussi être *courte* ou *prolongée*, *continue* ou *interrompue*, et parfois même régulièrement *intermittente*. Tantôt elle présente le timbre naturel, mais atténué de la voix basse volontaire, ce qui est le plus fréquent; et tantôt un timbre étouffé particulier dont j'indiquerai tout à l'heure les particularités.

On ne confondra pas avec une aphonie morbide celles qui résultent d'une vive

impression morale, de *cris* ou d'*éclats de voix* exagérés, d'exercice forcé de la *parole* ou du chant, et qui sont généralement momentanées.

2° *Conditions pathologiques.* — Ces conditions de l'aphonie doivent être cherchées dans l'organe même où se produit le son vocal, le larynx, dans les organes limitrophes, mais essentiels à la production de la voix, dans les organes plus ou moins éloignés, et enfin dans une maladie générale.

L'aphonie est un symptôme à peu près constant des laryngites. Dans l'inflammation *laryngienne simple aiguë*, mais peu intense, la voix est d'abord plutôt rauque, enrouée, que véritablement éteinte; l'aphonie est surtout complète si la laryngite aiguë devient intense. Il en est de même de la laryngite chronique, où la raucité précède ordinairement l'aphonie complète, qu'amènent les progrès croissants de l'affection. — L'aphonie peut être complète aussi par le développement de *productions épithéliales* au niveau de la glotte; le laryngoscope a pu faire reconnaître pendant la vie cette cause de l'aphonie chez deux malades observés par Moura (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1860). — Dans la laryngite striduleuse ou *faux-croup*, la voix et le cri conservent une certaine force, ou ne sont nullement altérés, surtout dans l'intervalle des accès; ici l'aphonie est intermittente comme les accès; elle est habituellement incomplète, et la voix est faible, enrouée et comme déchirée. — Elle est beaucoup plus altérée, sourde, éteinte ou avec un timbre sifflant tout particulier dans la laryngite pseudo-membraneuse, ou *croup*. Pour Vauthier, l'aphonie est un des meilleurs caractères du croup. Elle est alors habituellement progressive, rarement subite (Blache), et permanenente jusqu'à la fin. — L'aphonie apparaissant d'abord par intervalle, puis continue, se remarque dans la laryngite ulcéreuse (*phthisie*, *syphilis*). — Dans l'*œdème de la glotte*, la voix est rauque, pénible, éteinte, coupée d'inspirations sifflantes particulières à la maladie. — Enfin des *corps étrangers* introduits accidentellement dans le larynx, et plus rarement des *végétations*, des *polypes* ou des *tumeurs* cancéreuses, des hydatides, des *calculs* même, peuvent produire l'aphonie en obstruant le larynx.

En dehors du larynx, et dans des cas assez nombreux, on doit d'abord chercher le point de départ de l'aphonie dans une lésion, une compression ou un tiraillement des *nerfs récurrents* par des tumeurs cervicales (goître) ou intrathoraciques, dans certains anévrysmes de la crosse de l'aorte, dans un cancer de l'œsophage (Barret), etc. L'aphonie résulte également de toute *dyspnée extrême*, par défaut d'une suffisante quantité d'air expulsé par le larynx. Il en est de même dans la *paralysie du diaphragme* (*Voy.* PARALYSIES).

En dehors des lésions des organes de la respiration, d'autres lésions, occupant des organes plus ou moins éloignés, produisent également l'aphonie, mais d'une manière indirecte. C'est ainsi que l'on a noté une aphonie complète dans certaines affections des *organes génito-urinaires*, et que, parmi les *lésions encéphaliques*, il en est qui donnent lieu à la production du même signe, comme je l'ai observé dans un cas de ramollissement aigu du cervelet (*Union méd.*, 1855, p. 577).

D'autres conditions pathologiques nombreuses d'aphonie dans lesquelles le rapport de ce phénomène avec la maladie n'est pas toujours facile à saisir, sont : la présence des *vers intestinaux* dans le tube digestif, certaines *dyspepsies* (Chomel); plusieurs maladies générales bien déterminées, telles que la *peste*, les *fièvres intermittentes* (stade des frissons), les *fièvres pernicieuses* (forme aphonique). la *morve chronique* (laryngite symptomatique), l'*intoxication saturnine*, certaines névroses, comme l'*hystérie;* toutes les affections qui débilitent profondément l'économie (comme le *choléra*); et enfin l'ingestion des émétо-

cathartiques (fréquemment le tartre stibié) et de certaines *substances toxiques*.

3° *Signification*. — On voit d'après cette énumération que l'aphonie, survenant dans des conditions extrêmement variées, est loin de pouvoir être considérée comme un signe pathognomonique. Ce n'est qu'en le rapprochant des autres symptômes concomitants qu'on arrivera à en établir la signification. Dans les diverses laryngites, à l'aphonie proprement dite se joignent parfois des particularités de timbre dont j'ai parlé plus haut et qui, quoique plus ou moins étouffées, peuvent éclairer sur la valeur séméiologique de la perte de la voix. La constatation des signes de la phthisie pulmonaire pourra faire présumer que l'aphonie très-persistante est un signe d'ulcérations laryngiennes tuberculeuses; de même que des infections vénériennes antécédentes, et l'existence d'ulcères vénériens, de syphilides, d'exostoses, etc., feront penser que l'aphonie est sous la dépendance d'une laryngite ulcéreuse syphilitique.

Lorsqu'il existera des tumeurs du larynx (ce qui est rare), l'aphonie pourra venir en aide au diagnostic, sans avoir une valeur spéciale; mais cette valeur sera plus évidente dans les cas de modifications organiques bien manifestes des nerfs laryngés rappelés plus haut. C'est surtout dans certains cas d'anévrysmes de l'aorte latents que l'aphonie, en provoquant l'examen laryngoscopique, pourra être le point de départ des inductions diagnostiques (*Voy*. Anévrysmes).

L'aphonie n'a guère d'importance pratique, à côté des autres signes concomitants, dans les cas de dyspnée extrême qui ne sont pas dus à une lésion du larynx, dans la bronchite capillaire grave, par exemple, ou bien encore dans les faits de paralysie du diaphragme, où la voix s'éteint faute d'émission suffisante d'air par le larynx. Cependant la perte de la sonorité vocale ne sera pas toujours un signe sans importance, lorsqu'on ne pourra la rattacher à aucune lésion matérielle évidente. Il faudra alors chercher l'origine de l'aphonie parmi les conditions que j'ai indiquées, car elle peut mettre sur la voie d'une affection mal caractérisée et à laquelle on ne songerait peut-être pas sans elle : telles sont l'intoxication saturnine, la présence de lombrics dans les voies digestives (principalement dans certaines contrées où les affections vermineuses sont le plus communes), l'hystérie ou toute autre névrose. C'est par voie d'exclusion que, dans les circonstances les plus difficiles, on pourra arriver à diagnostiquer le point de départ de l'aphonie.

Comme signe pronostique, l'aphonie n'offre pas d'autre importance que celle qui résulte de l'ensemble même des signes de l'affection à laquelle elle se rattache. Dans les cas où elle est le seul symptôme du côté des organes respiratoires, et due à une simple modification dynamique de l'appareil nerveux, le pronostic est évidemment favorable, comme celui de la cause qui produit l'aphonie.

APHTHES. — Depuis que les observateurs modernes ont cessé de confondre sous ce nom les maladies de la bouche les plus diverses, les aphthes sont considérés comme une affection vésiculo-ulcéreuse, développée au niveau des follicules muqueux, qui siége dans les différentes parties de la muqueuse buccale (Guersant), et qui affecte les enfants et les adultes. Les aphthes sont tantôt *discrets* ou éphémères et tantôt *confluents* ou stationnaires.

1° *Éléments du diagnostic*. — Les symptômes qui sont le point de départ du diagnostic, sont locaux seulement, ou à la fois généraux et locaux. Dans le premier cas (aphthes discrets), le malade se plaint de gêne, de chaleur ou même de douleur dans la bouche, au moment de l'exercice de la parole, de la mastica- de la déglutition. L'inspection de cette cavité montre rarement alors des ns rouges ou des vésicules, qui sont la période du début des aphthes, aphthes ne sont que les ulcérations résultant de la déchirure et de l'élar-

gissement de ces vésicules qui donnent lieu aux signes que j'ai rappelés tout à l'heure. Ces *ulcérations* sont arrondies, d'un diamètre variant d'étendue jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes, à bords rouges, enflammés, parfois coupés à pic, et à fond couvert d'une matière crémeuse, jaunâtre, et se cicatrisant plus ou moins rapidement. — Lorsqu'il y a de la *fièvre* (avec les aphthes confluents), les phénomènes buccaux ont une intensité proportionnelle qui attire en même temps l'attention : *fétidité de l'haleine, salivation, engorgement des ganglions* sous-maxillaires, et, à l'inspection de la bouche, pustules et ulcérations quelquefois confluentes, tant elles sont rapprochées, prononciation et déglutition très-gênées, mastication impossible. Il se joint parfois à ces symptômes des *angoisses* précordiales, de l'*anxiété*, des *vomituritions* (Guersant).

2° *Inductions diagnostiques.* — Les ulcérations le plus souvent superficielles qui constituent les aphthes discrets sont ordinairement faciles à reconnaître dès que l'attention du médecin a été attirée vers la bouche, où il constate rarement, en même temps, les élevures rouges ou les vésicules qui précèdent ces ulcérations. Cette coïncidence, lorsqu'elle existe, est d'une grande valeur pour le diagnostic. La couche ou plutôt la simple coloration blanchâtre qui recouvre le fond des aphthes ne peut, sans inattention, être confondue avec le *muguet*, la *diphthérie,* des ulcérations *syphilitiques*, ou avec des ulcérations *gangréneuses* lorsque le sang s'est concrété à la surface des aphthes. Cet exsudat jaunâtre serait pathognomonique selon Worms, en ce que, vu au microscope, on le trouverait formé de globules sphériques, différents des globules graisseux en ce qu'ils réfractent moins la lumière et sont moins accentués dans leurs contours (*Gaz. hebdom.*, 1864). — Il est souvent difficile de déterminer la cause des aphthes discrets, à moins qu'une cause locale, comme la saillie irrégulière d'une dent, n'ait manifestement déterminé la lésion ulcéreuse.

Les aphthes confluents ne s'observent guère que dans la Hollande, l'Inde, la Zélande, où les fièvres continues se terminent assez souvent par des aphthes confluents vers la fin de l'automne ou au commencement de l'hiver. La confluence des lésions buccales, réunie aux phénomènes fébriles, est assez caractéristique, surtout s'il s'y joint, comme commémoratifs, une alimentation grossière, l'usage exagéré de salaisons, d'épices, de boissons alcooliques, d'acides, ou des maladies gastro-intestinales : influences considérées comme favorisant le développement de ces aphthes confluents. La gangrène de la muqueuse les complique quelquefois.

Le siége des aphthes discrets peut rendre leur diagnostic difficile : lorsque, par exemple, ils occupent l'isthme du gosier ou le pharynx, dans un point inaccessible à nos moyens d'exploration. Il résulte habituellement de ce siége profond une *dysphagie* parfois très-douloureuse, qui inquiète les malades, et dont le médecin ne peut que soupçonner l'origine, en l'absence d'autres lésions pharyngiennes pouvant expliquer la difficulté de la déglutition. La présence d'autres aphthes dans des points visibles de la cavité buccale rendra plus probable alors l'existence d'un aphthe pharyngien.

3° *Pronostic.* — Le pronostic des aphthes confluents présente seul de la gravité, surtout lorsque la maladie est épidémique, comme on l'observe en Hollande; la mort peut alors survenir par la transformation gangréneuse. Cette forme confluente constitue une affection qui n'a pas été encore suffisamment étudiée. Les aphthes discrets, sans être dangereux, sont parfois très-incommodes par leur persistance.

APNÉE. — *Voy.* DYSPNÉE.

APOPLEXIE. — Cette expression, employée autrefois pour désigner toutes

les affections cérébrales avec perte de connaissance subite et persistante, n'est plus appliquée aujourd'hui qu'à des épanchements de sang en foyer dans l'épaisseur des organes parenchymateux. Mais parmi les apoplexies ainsi comprises, il en est qui sont tout à fait latentes et ne constituent que de simples lésions anatomiques, comme l'apoplexie du *cœur*, celle des *reins*, de la *rate*. L'apoplexie du foie a bien donné lieu à des symptômes; mais ils ont toujours été si variables et si rapidement suivis de mort, que le diagnostic en est impossible.

En définitive, il n'y a que deux espèces d'apoplexies qui soient susceptibles d'être diagnostiquées pendant la vie : l'*hémorrhagie cérébrale* (quand on lui conserve le nom impropre d'apoplexie) et l'*apoplexie pulmonaire*. J'ai consacré un article particulier à l'hémorrhagie cérébrale, à propos de laquelle j'ai signalé les conditions pathologiques des phénomènes apoplectiformes considérés comme symptôme complexe. Il ne me reste donc qu'à traiter ici du diagnostic de l'apoplexie pulmonaire.

Apoplexie pulmonaire. — Lorsque, dans le cours d'une affection du cœur ou des poumons, à la suite des fièvres graves, ou par le fait de violences extérieures sur la poitrine, on voit survenir une *dyspnée* plus ou moins rapide avec *toux* plus ou moins vive, parfois *respiration trachéale* entendue à distance, avec *altération des traits*, vive *anxiété*, et une *hémoptysie* ou très-abondante ou légère, et dont le sang, dans le dernier cas, n'est pas entièrement mélangé aux crachats, on doit penser que l'on a affaire à une apoplexie pulmonaire. Mais il s'en faut que le diagnostic soit aussi simple qu'il le paraît à l'exposé des signes qui précèdent; et c'est ce qui a fait dire que l'on pouvait deviner plutôt que diagnostiquer l'apoplexie pulmonaire (Bouillaud). Laennec considérait comme des signes certains : une *hémoptysie* très-abondante, l'*absence du bruit respiratoire* dans un point limité du thorax, avec *râle sous-crépitant* dans son pourtour. Mais l'expérience n'a pas sanctionné cette description symptomatique, et l'on a été même jusqu'à nier la possibilité de l'hémoptysie, ce qui est aller beaucoup trop loin. Pour Grisolle, le seul signe important de l'apoplexie pulmonaire est une hémoptysie continue, ordinairement peu abondante, persistant pendant huit ou dix jours, avec coloration noirâtre du sang. Il s'en faut seulement que l'hémoptysie soit constante, et l'on peut dire qu'il en est de même de tous les autres signes qui ont été signalés. La *matité* entre autres, non-seulement peut manquer, mais encore être remplacée par la *sonorité normale* et même par une *exagération tympanique* du son, comme j'en ai observé, à l'hôpital Necker, un exemple qui m'a été révélé par l'autopsie (*Voy.* Tympanisme). La plus grande abondance du sang ne peut pas non plus servir à distinguer l'apoplexie pulmonaire de l'hémoptysie due à une tout autre cause; et d'un autre côté, l'on n'a pu jusqu'à présent indiquer des signes distinctifs parfaitement nets entre l'apoplexie pulmonaire et la pneumonie, comme cela ressort d'une discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, en mai 1852 (*Union méd.*). Le docteur Goschen a vu aussi une pleurésie avec apoplexie du poumon s'accompagner des signes trompeurs d'une *méningite* (*Deutsche Klinik*, 1850).

On voit combien sont incertains les signes de l'apoplexie pulmonaire, dont le pronostic est d'ailleurs ordinairement très-grave. Parfois elle se complique de gangrène. Elle peut aussi produire la mort d'une manière foudroyante.

APPÉTIT. — *Voy.* Faim.

APYREXIE. — Si l'existence des phénomènes fébriles a une grande importance comme élément ou donnée principale du diagnostic, il n'en est plus de même de l'absence totale de fièvre, ou apyrexie, puisque c'est là l'état physiologique, habituel, de l'organisme. Cependant il est un certain nombre de circons-

tances dans lesquelles l'apyrexie est un signe négatif dont on peut tirer part pour formuler le diagnostic.

L'apyrexie résulte de l'absence des phénomènes fébriles, c'est-à-dire du défaut de fréquence du pouls, et surtout de chaleur exagérée de la peau. Mais, comme je l'ai rappelé à l'article FIÈVRE, la fréquence du pouls, considérée isolément, ne constitue pas la fièvre, en sorte que l'apyrexie peut très-bien être admise dans certains cas d'accélération plus ou moins continue des battements cardiaques et vasculaires. C'est ce qui a lieu dans certaines affections organiques du cœur, sans que toutefois l'accélération de ces battements soit excessive. Le malade ne présente alors ni l'excitation générale, ni la chaleur fébrile.

L'apyrexie est un des signes principaux de beaucoup de maladies chroniques, et elle peut assez souvent servir à découvrir certaines simulations de maladies aiguës. Mais il y a d'autres circonstances dans lesquelles l'apyrexie constitue au contraire un signe trompeur. Sous ce rapport, il n'y a pas de condition dans laquelle ce signe négatif ait autant d'importance que dans les intervalles des accès de fièvre ou d'accidents intermittents; surtout s'ils ont le caractère pernicieux.

ARACHNITIS. — *Voy.* MÉNINGITE.

ARACHNOÏDE. — *Voy.* MÉNINGES.

ARSENIC. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

ARC SÉNILE. — L'arc sénile, qui s'observe assez souvent chez le vieillard et quelquefois chez l'adulte, représente un cercle ou un arc opaque et d'un gris jaunâtre, occupant les limites de la cornée transparente, et qui est dû à une infiltration de granulations graisseuses. On a prétendu que l'existence de cette altération, qui ne gêne nullement la vision, était un signe d'une lésion analogue du cœur, qui avait subi la transformation graisseuse. Mais cette coïncidence n'est nullement démontrée comme un fait nécessaire, malgré les travaux intéressants publiés en Angleterre sur ce sujet par Edwin Canton et Quain (*Voy.* TRANSFORMATION GRAISSEUSE).

ARÉOMÈTRE. — Les aréomètres sont employés dans la pratique pour rechercher la densité des liquides provenant du corps humain, et en particulier celle des urines. Mais il est rare qu'on en fasse usage, les variations très-précises de la densité n'offrant pas des données très-utiles au diagnostic (*Voy.* URINES).

ARTÈRES, ARTÉRIEL (Appareil). — Au point de vue du diagnostic, on doit envisager séparément l'appareil artériel du cœur gauche (aorte et ses divisions) et l'appareil artériel du cœur droit (artère pulmonaire).

I. **Aorte et ses divisions.** — Ces vaisseaux, destinés à la grande circulation centrifuge, doivent être l'objet de considérations pratiques plus nombreuses que l'artère pulmonaire.

Il résulte de la disposition et des rapports anatomiques de l'aorte, que l'on doit, pour le diagnostic, tenir compte de ses différentes parties. La portion ascendante de la crosse étant située vers le niveau de l'articulation sterno-costale de la troisième côte droite, il en résulte que c'est à droite de la partie supérieure du sternum que l'on trouvera les signes des lésions de cette portion du vaisseau artériel. Les lésions de la crosse proprement dite seront plutôt cherchées au niveau même de la partie supérieure du sternum, ou au-dessus de sa limite supérieure. Les signes locaux provenant de l'aorte pectorale descendante seront perçus à gauche de la colonne vertébrale dorsale; enfin, c'est entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic que se manifesteront les signes fournis par l'aorte abdominale. Dans l'état physiologique, les palpitations ou battements aortiques sont nuls ou difficilement perçus à la palpation, sauf au niveau de

l'aorte ventrale chez les sujets qui ne sont pas chargés d'embonpoint, ou qui ont les parois abdominales relâchées. Par suite de maladies ou de lésions de l'aorte, ces pulsations peuvent devenir accessibles à l'exploration, principalement lorsque le vaisseau se rapproche des parois thoraciques ou abdominales, et à plus forte raison lorsqu'il y a usure des parties solides de ces parois, comme cela peut arriver à la poitrine.

Parmi les artères secondaires, toutes n'ont pas une position sous-cutanée ou peu profonde, permettant d'y constater les pulsations artérielles normales qui constituent le POULS. Les artères carotides, brachiales, radiales près du poignet, les crurales et les poplitées sont celles où cette constatation est le plus facile. Mais dans l'état pathologique, ces pulsations, au lieu d'être senties ou à peine visibles, peuvent être exagérées au point d'être le siége d'expansions rhythmiques très-prononcées à la vue, partout où les artères sont voisines des parties molles extérieures.

Les artères sont atteintes des lésions ordinaires aux organes creux canaliculés, mais ces lésions ont leurs caractères propres, dérivant de l'organisation anatomique et du but physiologique de ces organes. Les artères sont rarement affectées d'inflammation (AORTITE, ARTÉRITE). Le plus ordinairement, sans que toutefois la plupart de ces lésions soient communes, on rencontre des DILATATIONS des artères (anévrysmes vrais), des RÉTRÉCISSEMENTS ou des OBLITÉRATIONS (par compression ou par coagulation du sang), des RUPTURES ou des PERFORATIONS, tantôt incomplètes et donnant alors lieu à des ANÉVRYSMES faux ou disséquants, tantôt complètes, et alors suivies d'HÉMORRHAGIES internes très-graves. De plus, par les simples effets de l'âge et rarement par suite de l'inflammation, les artères sont atteintes d'INDURATIONS plus ou moins étendues, résultant de concrétions qui se développent vers l'intérieur de leurs parois. Ces concrétions, de même que les caillots sanguins qui peuvent se former dans le cœur ou pénétrer dans les artères de l'intérieur des tumeurs anévrysmales, constituent, lorsqu'elles sont devenues libres, des EMBOLIES artérielles, qui ont été l'objet de travaux intéressants dans ces dernières années.

La profondeur à laquelle ces lésions s'effectuent les rend souvent latentes. Lorsqu'elles peuvent être reconnues pendant la vie, c'est qu'il existe des signes locaux que l'on constate à l'aide de l'*inspection*, de la *palpation*, de la *percussion*, de l'*auscultation*, et de l'emploi d'*instruments* particuliers (sphygmographes) imaginés pour constater avec précision les pulsations artérielles ou cardiaques. Ces signes locaux sont principalement des PULSATIONS artérielles, ou bien les signes des tumeurs vasculaires.

II. **Artère pulmonaire.** — Cette artère a son tronc, qui est très-court, et sa division destinée au poumon droit, très-voisins des parois thoraciques (*Voy.* POITRINE); et cependant elle ne fournit que des signes obscurs et mal définis, dont on ne peut tirer parti. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire et son obstruction par des coagulations sanguines sont ses deux lésions principales.

Peacock a étudié le *rétrécissement*, et il a pu en réunir 70 faits, sur [illegible] de lésions congénitales du cœur, ce qui démontre la fréquence du rétrécissement dans cette condition. Malheureusement les signes indiqués par lui manquent de précision, et ne peuvent faciliter le diagnostic (*Journ. für Kinderkrankh.*, 1855, et *Union méd.*, 1856). Il en est de même d'un fait rapporté par le docteur J. Paget (*Lond. med. chir. Transact.*, 1844). Dans le cas de rétrécissement considérable, Peacock l'a trouvé le plus souvent accompagné de perforation de la cloison interventriculaire, et, après lui, Meyer, de Zurich, fait de ce rétrécissement de l'artère pulmonaire la cause persistante de la com

ıtre les deux ventricules, et de la persistance du trou ovale (*Arc.* 1859). Pourra-t-on tirer parti plus tard de ces faits pour le dia- ›e qu'il est impossible de prévoir.

itération de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, elle *spnée subite intense* et d'autres symptômes graves, sans signes ı percussion et à l'auscultation (Ch. Baron), ou bien une *mort -rapide*, comme l'ont observé le docteur J. Paget (*Lond. med.* ., 1845), Aran (*Thèse* de concours, 1853), Charcot et Benj. Ball , 1858) (*Voy.* OBLITÉRATIONS VASCULAIRES).

E. — Considérée d'abord comme origine de la fièvre, lorsqu'elle ›ins généralisée, et comme cause de la gangrène spontanée, lors- rtielle, l'artérite est bien déchue du rôle que lui a fait jouer la ›hysiologique. Il a été déjà question précédemment de l'AORTITE, ressembler en réalité à l'artérite étendue, telle qu'on l'avait con- bservée. Et, quant à l'artérite partielle, on ne considère plus les s artères secondaires, ni la gangrène qui en résulte, comme étant a conséquence d'une inflammation locale du vaisseau. Sans doute 'st une cause d'oblitération et de gangrène dite spontanée, comme es expériences de Sasse et de Gendrin; mais elle ne peut expli- .ts. Les intéressantes recherches faites dans les derniers temps sur en particulier sur les embolies artérielles, démontrent que les :identelles des artères dépendent rarement d'une artérite (*Voy.* ;RÈNES et OBLITÉRATIONS VASCULAIRES).

.GIE. — Ce mot, qui semblerait ne devoir s'appliquer qu'aux es aux articulations, a été créé par Tanquerel pour désigner les embres plus ou moins généralisées et dues à l'intoxication satur- constituent une manifestation remarquable (*Voy.* INTOXICATION s douleurs analogues se rencontrent aussi dans le scorbut, sous ıination d'*arthralgie.* Beau l'a également appliquée aux douleurs ıthisiques éprouvent aux membres inférieurs à une période avan- adie (*Voy.* PHTHISIE PULMONAIRE), et qui n'affectent pas non plus s articulations. Ce ne sont pas là des arthralgies proprement dites, t comprendre que des douleurs articulaires.

s arthralgies, ou douleurs articulaires, méritent une attention 'omme signe diagnostique; car, si elles dépendent le plus sou- *ıatisme articulaire* aigu ou chronique, il y a encore un certain ions dans lesquelles la douleur articulaire attire l'attention et pour- int de départ des inductions diagnostiques (*Voy.* ARTHRITE, , RHUMATISME).

E SIMPLE. — On doit, avec Valleix (*Guide du méd. prat.*), mes pour désigner une inflammation articulaire, différente de l'ar- 'ale de cause externe, puisqu'elle survient spontanément, et qui une ou plusieurs articulations, en donnant lieu ordinairement à nse, et en laissant pendant un temps toujours assez long, après de son existence, c'est-à-dire une raideur plus ou moins consi- iculation atteinte.

: est ordinairement mono-articulaire, et se déclare dans le cours *rhagie*, à la suite d'un simple *cathétérisme vésical,* ou comme : la *phlébite*, d'une *fièvre puerpérale*, ou de la pénétration, dans *natière tuberculeuse*, développée dans les os. La constatation de ıuses est le point capital du diagnostic, car elle permet souvent,

avec la fixité des signes observés au niveau de l'articulation, de trancher la question du diagnostic différentiel entre cette arthrite et le RHUMATISME ARTICULAIRE, dans lequel les douleurs des articulations sont mobiles de l'une à l'autre.

Graves signale l'inflammation articulaire (s'agit-il pour lui d'un rhumatisme?) comme se compliquant assez fréquemment d'*hépatite avec ictère*, et ensuite d'*urticaire*; si bien qu'il lui est arrivé de prédire l'apparition de l'urticaire en voyant l'ictère survenir dans les conditions que je viens de rappeler (*Clinique*, traduct. Jaccoud, 1862, 30e leçon).

ARTHRITIS, ARTHRITIDES. — L'arthritis des anciens auteurs avait été oubliée, lorsque Bazin a voulu la remettre en lumière en la considérant comme une de ses quatre maladies constitutionnelles qui seraient l'origine des maladies cutanées de cause interne, et qui sont : la syphilis, la scrofule, la dartre et l'arthritis.

Malgré les recherches assidues de Bazin, l'arthritis ne se dégage pas suffisamment de la goutte et du rhumatisme, pour que l'on puisse en tracer un tableau satisfaisant. Sa symptomatologie est « encombrée d'une énumération d'affections qui probablement ne supporteraient pas un contrôle sérieux » (*De la Dartre et de l'Arthritis*, *Thèse* de Gérin Roze, 1861). Je n'y insisterai donc pas longuement, car, pour être plus complet, il faut attendre que la question s'éclaircisse, si elle peut réellement s'éclaircir.

En attendant, voici le résumé très-succinct des caractères que Bazin attribue à l'arthritis et aux arthritides :

1° **Arthritis.** — Les premières manifestations seraient le *développement du système musculaire*, des *transpirations exagérées*, surtout à la tête, aux aisselles, aux mains, aux pieds et aux organes sexuels; la *chute prématurée des cheveux*, la tendance à l'*obésité*, l'*appétit modéré*, la *constipation habituelle*, les *hémorrhoïdes*, et surtout la disposition prochaine de toute la constitution à l'*état goutteux*. — La première période ou manifestation de l'arthritis serait : une *attaque de rhumatisme articulaire*; un *eczéma du cuir chevelu*; l'*érythème noueux* (ou arthritique, suivant Bazin), d'autres *érythèmes*, l'*urticaire*, le *zona*, l'*herpès*, la fièvre *bulleuse* (pemphygus), les *furoncles* et les *anthrax*. Il faut ajouter : du côté des muqueuses, les coryzas, bronchites, ophthalmies, éruptions aphtheuses; les *migraines*, la dyspepsie arthritique, des douleurs musculaires vagues, des épistaxis. — Dans la deuxième période, des attaques de goutte et de rhumatisme seraient des symptômes prédominants avec des affections cutanées persistantes, mais coïncidant ou alternant avec les précédents. — Dans la troisième période, les affections articulaires se généralisent et deviennent fixes (dépôts de matière tophacée, altérations des articulations). — Enfin, dans la quatrième période, se rencontrent des affections viscérales graves et nombreuses (affections du cœur, des poumons, du foie, des reins, les cancers).

Cette simple et rapide énumération suffit pour que l'on mette en question l'entité de l'arthritis. Il est permis en effet de penser, avec autant de probabilités que les adeptes de cette maladie constitutionnelle en ont vers eux, que les caractères particuliers attribués à l'arthritis peuvent n'être que des caractères accessoires et connexes de la goutte et du rhumatisme, que l'on considère ou non l'une et l'autre comme une seule maladie ou comme deux maladies différentes.

2° **Arthritides.** — Malgré les efforts de Bazin pour indiquer des particularités qui puissent différencier les manifestations cutanées ainsi désignées, et rappelées plus haut, il est évident que leurs caractères spéciaux sont insuffisants, et basés simplement sur des inductions, déduites de leur étiologie, plus ou moins

probables. Elles sont donc bien loin de former un groupe aussi légitime que celui des syphilides et celui des scrofulides. L'impossibilité d'une distinction claire des arthritides vient de ce que, dans la question de *diagnostic*, Bazin ne s'est guidé que d'après la nature si obscure de ces affections, sans pouvoir prendre son point de départ dans leurs formes qui n'ont rien de spécial, comme il faut le faire pour toutes les affections cutanées, ainsi que je l'ai dit ailleurs (*Voy.* PEAU [Maladies de la).

ARTICULATIONS. — En dehors des affections chirurgicales, dont je n'ai pas à m'occuper, les articulations sont le siége d'affections locales ou de signes locaux, qui ont pour point de départ des maladies internes et qui, à ce titre, doivent être brièvement rappelées.

1° Si l'on excepte les faits de lésions traumatiques, on trouve l'ARTHRALGIE, l'ARTHRITE, l'HYDARTHROSE, qui ne sont pas des affections purement locales; et il en est de même de la GOUTTE et du RHUMATISME ARTICULAIRE, avec lequel on confond si fréquemment la plupart des maladies articulaires (*Voy.* RHUMATISME). En présence de ces affections, on peut croire, en effet : à un rhumatisme aigu, dans les cas d'arthropathies qui se montrent avec l'*infection purulente*, la *morve*, dans la convalescence de la *scarlatine*, dans l'*hémophilie*, dans la *contracture idiopathique* des extrémités; à un rhumatisme chronique, en présence des arthropathies *syphilitique*, *saturnine*, *scorbutique*, ou d'une *tumeur blanche*.

2° Les *signes* des affections qui occupent les articulations sont d'ailleurs nombreux. Les *douleurs* que l'on a comprises sous le nom d'arthralgies (*Voy.* ce mot) sont extrêmement variées, et n'occupent pas toujours les articulations. Les douleurs qui sont véritablement articulaires tirent principalement leur signification des signes locaux concomitants et des autres éléments du diagnostic. Elles ont pour caractère d'augmenter ou de survenir dès que les surfaces articulaires glissent l'une sur l'autre, lorsqu'il y a une lésion de ces surfaces. Si cette lésion est profonde, le glissement se fait difficilement, par saccades, avec *bruit de frottement ou de craquement;* c'est ce qui arrive dans le rhumatisme chronique, l'arthrite simple ou symptomatique, dans le scorbut (dans lequel les cartilages articulaires sont quelquefois détruits). Tantôt la douleur est le seul signe local existant, et tantôt il existe une *déformation* de l'articulation : un gonflement uniforme ou irrégulier. Le gonflement a lieu sans changement de couleur à la peau, comme dans le *rachitis*, la *tumeur blanche*, ou bien avec rougeur inflammatoire, accompagnée ou non d'*arborisations veineuses*. Le gonflement est surtout irrégulier dans les cas d'*abcès articulaires* (arthrites simples ou par infection purulente, morve, scorbut), dans la goutte et dans le rhumatisme chronique.

3° L'*exploration* des articulations a lieu, comme on le voit, par l'*inspection*, qui fait juger non-seulement de l'aspect extérieur des articulations, mais encore de l'attitude qui peut résulter des lésions qui y siégent. La *palpation* permet de constater la consistance des parties, d'y découvrir des *corps étrangers* flottant dans la synoviale et qui, avant d'être reconnus, peuvent simuler une affection rhumatismale chronique, comme on l'a vu au genou. La palpation fait encore constater la fluctuation lorsqu'elle existe, soit dans les parties extérieures, soi dans l'intérieur de l'articulation elle-même : distinction de siége qui n'est pas toujours sans difficulté (*Voy.* HYDARTHROSE).

Lorsque les mouvements sont difficiles et douloureux, on hésite quelquefois à décider si cette difficulté de mouvement provient d'une affection articulaire ou d'une affection de l'appareil musculaire. En pareil cas, on reconnaît que l'arti-

culation est le siége de la lésion si, le malade s'abandonnant à lui-même, on prime des mouvements passifs de flexion et d'extension qui sont immédiate doulourenx, tandis qu'ils ne le sont nullement si les muscles seuls sont atte

ASCARIDES. — *Voy.* ENTOZOAIRES (intestinaux).

ASCITE. — Caractérisée par l'accumulation d'un liquide séreux dans la vité du péritoine, l'ascite est symptomatique dans la plupart des cas où on la contre. Elle constitue un état pathologique complexe qui, ainsi que l'anémie compose d'un ensemble de signes que je dois d'abord exposer.

1° *Éléments du diagnostic.* — L'ascite se présente à l'observateur dans conditions très-diffférentes qu'il importe de distinguer : il y a beaucoup ou de liquide accumulé dans le péritoine.

a. — Lorsque la sérosité est accumulée en quantité suffisante pour disten les parois abdominales d'une manière visible, cette *ampliation du ventre* souvent le premier signe qui attire l'attention du médecin. Tantôt la dilata est régulièrement globuleuse, considérable, de façon à écarter fortement fausses côtes au niveau des hypochondres, en refoulant le diaphragme, et à lever les couvertures avant qu'on ne découvre le malade. Tantôt la quantité liquide étant moindre, et les parois du ventre étant relâchées soit par des g sesses antérieures chez la femme, soit par le fait d'une distension précédem plus forte, le ventre n'est pas aussi régulièrement globuleux; il est comme à sa partie moyenne dans le sens de la ligne blanche, surtout vers l'épig élargi et renflé sur les côtés, justifiant la comparaison que l'on a faite de l'abdomen humain avec celui d'un batracien; ici les côtes ne sont pas so visiblement. Dans le cas de distension extrême, la peau peut être tendue tante, luisante, sans coloration particulière si la marche de l'ascite a été ou bien, si l'ascite est ancienne, la peau est blanche, œdémateuse, et, si l' manque, sèche et d'aspect terreux; dans les deux circonstances, elle est née manifestement par des veines dilatées assez volumineuses; enfin el offrir des ecchymoses et des taches noirâtres. Lorsque la quantité de l est moins considérable et que les parois abdominales, relâchées, sont méd ment distendues, l'abdomen n'offre pas de résistance, à moins qu'il n'exist tumeur sensible à la palpation et quelquefois même à la vue; la peau peut senter les dilatations veineuses signalées dans le cas précédent, et les rides éraillures qui sont les traces d'une distension ancienne et considérable. — L l'une et l'autre condition, on perçoit de la *fluctuation* au niveau de l'abdom en frappant un de ses côtés avec l'extrémité des doigts d'une main, tandis l'autre main, appliquée du côté opposé ou à une certaine distance, perçoit la s sation de flot due à l'ébranlement du liquide. — La *percussion* au niveau l'épigastre, où se trouve refoulé l'intestin, donne un son clair qui est d'au plus étendu au-dessous que le liquide est moins abondant. La limite inféri du son clair s'obscurcit rapidement si l'on percute plus bas, et se change com tement en une matité qui s'étend jusqu'en bas, et dont la limite supéri affecte, d'un côté à l'autre de l'abdomen, une courbe en croissant à conc supérieure. Cette courbe, régulière et symétrique si le malade est couché su dos, affecte une direction oblique si le malade se couche sur l'un des côtés manière que la matité s'abaisse dans le flanc du côté relevé, tandis qu'elle monte plus haut du côté opposé. En un mot, la matité est mobile et change position latéralement suivant la position du sujet, en obéissant aux lois d pesanteur. On constate facilement ces particularités en percutant d'un côt partie supérieure du son mat, le sujet étant couché sur le dos, puis en perc de nouveau le même point, le malade couché sur le côté opposé; la matité

mée en son clair. — Dans les cas où l'abondance de l'épanchement il y a des signes secondaires qu'il ne faut pas négliger; ce sont des énibles, parfois des *nausées*, des *vomissements*, de la *soif*, mais non lne soif inextinguible attribuée aux hydropiques; du côté des voies , par suite du refoulement du diaphragme vers la poitrine, où je l'ai la hauteur de la troisième côte droite, une *dyspnée* plus ou moins urtout dans le décubitus horizontal, et à la percussion de la poitrine a poumom refoulé, un son manifestement *tympanique* que j'ai emier, à propos de tous les cas de refoulement analogue (*Voy*. Tym- nfin, dans certains cas exceptionnels, la peau, amincie et très-dis- aille au niveau de la ligne blanche ou de l'ombilic, et sa *rupture* ssue continuelle au liquide; plus souvent ce sont des éraillures ana- urviennent aux membres inférieurs fortement œdématiés, et qui, en a sortie du liquide, font diminuer non-seulement l'œdème des mem- :ncore l'ascite elle-même.

me *des membres inférieurs*, constant dans les cas d'ascite assez e, offre des degrés divers : tantôt très-développé ou médiocre comme ent ascitique lui-même, ainsi que cela a lieu dans la plupart des peu prononcé ou très-marqué, l'hydropisie du péritoine étant dans ons opposées.

rsqu'il y a très-peu de liquide épanché dans le péritoine, il peut ne à aucun signe s'il séjourne dans la profondeur du bassin. Mais s'il nsidérable, sans toutefois produire de tuméfaction sensible de l'abdo- ut être accessible à l'exploration par la percussion et la fluctuation. la *fluctuation*, dans la partie la plus déclive des parois abdominales, 'épanchement, est beaucoup plus difficile à percevoir que dans une s élevée. En pareille circonstance, on devra suivre le procédé de conseille de chercher à produire la fluctuation, non plus d'un côté à l'abdomen, mais en appliquant une main dans le petit espace où l'on la présence du liquide et en percutant avec l'indicateur de l'autre lques centimètres de distance. Mais la *percussion* est encore ici le lus précieux. En percutant la zone inférieure du ventre, on obtient un i, perçu latéralement au-dessus de l'arcade crurale, fait place à un ıns le même point dès que l'on a fait coucher le malade du côté

tions diagnostiques. — Le diagnostic de l'ascite ne présente pas de érieuses dans les cas où le liquide épanché dans le péritoine est assez our déformer l'abdomen, et donner lieu à la fluctuation et à la ma- ristique, mobile et à concavité supérieure, dont il a été précé- uestion. Lorsque le liquide est peu considérable et qu'il occupe seu- parties déclives, la fluctuation peut être douteuse; mais alors on a ultats de la percussion une donnée précieuse de diagnostic, et dont eur se tire encore de la mobilité de l'obscurité du son, suivant les ue l'on fait prendre au malade. — La marche de l'ascite, qui est nt lente, ne peut offrir aucune donnée utile au diagnostic, et il en s des causes non organiques auxquelles on l'a attribuée (refroidis- pression d'un flux, violences extérieures, accès de colère?).

mportance des signes locaux, l'ascite pourrait être confondue, et ouvent, avec plusieurs autres affections, et principalement avec e *enkystée de l'ovaire*. Si cette dernière affection n'est pas déve- manière à envahir la plus grande partie de l'abdomen, il y a tumé-

faction du ventre et fluctuation comme dans l'ascite; mais la percussi fournit une matité qui ne varie pas avec les différentes positions prises pa malade; cette matité est complète du côté de l'ovaire où le kyste a pris naissan tandis que, du côté opposé, quelle que soit la position du malade, le son re plus ou moins clair, les intestins étant refoulés de ce côté; de plus, la mati au lieu de décrire supérieurement une ligne concave comme dans l'asci *décrit une ligne convexe* dans le même sens. Il y a pourtant des cas où l'h dropisie enkystée d'un ovaire, envahissant l'abdomen jusqu'à l'épigastre, p simuler plus facilement une ascite, et l'on rencontre parfois des difficultés diagnostic très-grandes; mais il est rare que la sonorité latérale de l'abdom d'un côté, et la connaissance que peut donner le sujet du développement prim de la tumeur vers la fosse iliaque opposée, ne permettent pas de lever tous l doutes, ainsi que Rostan l'a indiqué. — Une autre distinction bien import est celle qu'il faut établir entre l'ascite et la *grossesse*, surtout pendant l premiers mois de la gestation ; car dans les derniers, les mouvements de l'en et l'auscultation des battements du cœur du fœtus ne permettent pas le do Pendant les premiers mois, il ne faut que de l'attention pour éviter l'erre car, même en l'absence du *bruit placentaire* et du *ballottement* (*Voy* mots), on constate au palper la forme du globe utérin, l'obscurité de la flu tion, et à la percussion, la *convexité supérieure* de la matité abdominale *fixité* dans les différentes positions. — Les mêmes différences existent l'ascite et l'*hydrométrie*, de même qu'entre l'ascite et une *rétention con rable d'urine*. Dans ce dernier cas, le cathétérisme vésical lèvera d'ailleurs les doutes en donnant issue au dehors à l'urine, dont l'écoulement fera raître les signes d'abord observés. — Outre ces causes d'erreur les plus naires, il en est d'exceptionnelles qui rendent quelquefois la méprise inév comme cela eut lieu dans le fait observé par le docteur Frolich, d'une coll liquide *sous-péritonéale* des parois du ventre. Cet épanchement commu par quatre perforations avec l'intérieur du duodénum, qui adhérait aux abdominales, et deux noyaux de cerise se trouvaient dans cette poche acc telle. — Il y a encore des maladies rares qui peuvent faire croire à une qui n'existe pas. Telle est la *dilatation considérable de l'estomac*, laquelle on peut constater une fluctuation manifeste. Cependant, si l'on n mine pas légèrement le malade, deux signes feront rejeter l'existence de cite : 1° Il existera des points où la matité fera défaut dans les parties les déclives du ventre. 2° En constatant la fluctuation, on produira un *bruit de* des gaz étant mélangés au liquide dans l'estomac dilaté, ce qui n'a pas lieu d le péritoine, dans les cas d'ascite. — On a vu aussi un *kyste hydatique du fo* développé énormément vers l'abdomen, simuler une ascite; mais il est évid qu'en pareil cas encore, l'absence de matité dans des points de la partie la pl inférieure de l'abdomen devra faire exclure l'existence d'une ascite.

Ces derniers faits démontrent l'importance de la percussion méthodique d parties les plus déclives de l'abdomen, qui doivent toujours, dans les différen positions prises par le malade, fournir un son mat.

L'ascite une fois reconnue, il faut en déterminer l'origine. Or, on a adr que toutes les ascites pouvaient, sous ce rapport, se diviser en trois espèc dues : à un obstacle à la circulation veineuse ; à une altération du sang; à u simple irritation sécrétoire du péritoine.

a. — J'intervertis à dessein l'ordre dans lequel on expose ordinairement trois conditions fondamentales, parce que la première chose à considérer, lit du malade, est leur fréquence relative, le praticien devant songer avant t

i sont de beaucoup le plus fréquentes. A ce titre, il doit rechercher il n'existe pas d'*obstacle à la circulation veineuse,* ce qui est sans a condition principale, comme on l'a reconnu depuis la publication ches de Bouillaud sur ce point de pathologie.

rtout au niveau du foie et des orifices du cœur qu'il faut rechercher es mécaniques au cours du sang veineux. Tantôt il existe un *phlébite ne porte,* tantôt une compression de son tronc par une *tumeur* ou ses radicules dans le tissu même du foie, comme on le voit dans la La compression de la veine porte peut aussi donner lieu à l'ascite, e est produite par les ganglions lymphatiques hypertrophiés, comme l'a signalé au début de l'*adénie* (*cachexie lymphatique*). L'obs-ours du sang veineux réside fréquemment à l'un des *orifices rétrécis*. Ces rétrécissements des orifices du cœur et la cirrhose sont les causes ommunes, et les signes de ces affections, dont j'ai traité ailleurs, sont pour les faire reconnaître dans la plupart des cas. Mais l'ascite elle-ésente de part et d'autre des signes particuliers sur lesquels il est utile r.

d dans l'ascite par affection du foie, le développement considérable des uperficielles de l'abdomen indique que le foie en est le point de départ. ıc un signe important qu'il ne faut pas négliger comme donnée générale. la cirrhose, l'ascite se montre et devient parfois très-accusée *avant* lème apparaisse aux membres inférieurs, et lorsqu'elle a acquis un dé-nent considérable, ce qui est l'ordinaire, le volume du ventre et des s inférieurs contraste à première vue avec la sécheresse de la peau et la r prononcées de la moitié supérieure du corps. De plus, quels que ampliation abdominale et le refoulement du diaphragme, on constate atité du foie, qui est diminué de volume, ne remonte guère plus haut s l'état normal vers la poitrine, et que le palper brusque et profond, us les fausses côtes droites, ne fait percevoir aucune résistance. — Ces niers caractères peuvent servir à différencier l'ascite due à la cirrhose le due à une autre affection du foie avec augmentation de sa masse : au *épatique* par exemple, dans lequel le foie peut, d'une part, être re-haut dans le côté droit de la poitrine, et, d'autre part, être senti à la opérée brusquemment sous les côtes. Je ferai remarquer, du reste, ite est loin d'être constante dans le cancer du foie. Dans les cas de *de la veine porte*, l'ascite est le signe principal, du moins celui que rs ont tout d'abord, avec l'œdème des membres inférieurs, considéré seul que l'on puisse rattacher à la phlébite. Mais dans ces derniers a constaté un ensemble de signes qui a été considéré comme carac-, et dont il faut tenir grand compte; parmi ces symptômes, les prin-nt la douleur, le météorisme, les frissons violents, le développement quelquefois le développement simultané de la rate, l'ictère (*Voy*.).

s maladies du cœur, où les hydropisies sont multiples par leur siége, eu considérable, est rarement un signe qui attire plus particulièrement , comme cela arrive fréquemment dans les maladies du foie. Lorsqu'il on du cœur, et ordinairement rétrécissement des orifices, l'ascite se ulement *après l'œdème* des membres inférieurs et coïncide ordinai-ec d'autres épanchements séreux.

'ascite peut être due à des *altérations du sang,* comme les autres s, qu'Andral et Gavarret rattachent à la diminution de l'albumine du

sang. On a rencontré cette ascite : dans la *maladie de Bright;* dans le cours de certains *exanthèmes* récents, comme on l'observe surtout dans l'enfance; à la suite d'*hémorrhagies* multipliées; par le fait d'une *mauvaise hygiène,* ou dans les *cachexies*. Dans ces différentes circonstances, l'ascite a pour caractère d'être peu considérable, parfois douteuse même, tant elle est peu prononcée, et de se montrer simultanément avec l'anasarque dans diverses autres parties du corps.

c. — Enfin on a, en l'absence de toutes ces causes pathologiques, admis des ascites dites *essentielles* ou par *simple irritation sécrétoire,* termes qui cachent notre ignorance sur leur étiologie, plutôt qu'ils n'indiquent leur véritable nature. Dans l'état actuel de la science, les ascites de cette espèce doivent-elles conserver leur place dans le cadre nosologique? Cela me paraît douteux; car des faits suffisamment observés n'ont pas mis leur existence complétement hors de doute, et les signes réels de cette espèce d'ascite sont purement négatifs, à part ceux de l'épanchement, et le symptôme assez vague d'une douleur abdominale. Rien d'ailleurs ne prouve que les causes de cette forme d'ascite, causes que j'ai rappelées plus haut et auxquelles on a attribué l'ascite en pareil cas, en soient réellement l'origine. Il faut distinguer de cette ascite par irritation sécrétoire celle qu'on pourrait attribuer à la PÉRITONITE. Dans certains cas de cette maladie, en effet, ainsi que j'en ai vu deux exemples, l'épanchement liquide est assez considérable pour simuler une ascite; mais dans la péritonite ascitique, le liquide est séro-purulent, et non séreux, et il n'y a aucun des signes autres que l'épanchement péritonéal que l'on puisse attribuer à un obstacle de la circulation hépatique ou cardiaque.

Le diagnostic de l'ascite doit se compléter par la détermination de son état aigu ou chronique, ou ce que l'on a appelé l'état *sthénique* ou *asthénique* de cette espèce d'hydropisie; c'est, en effet, une donnée qui peut être utile pour le traitement.

3° *Pronostic.* — L'ascite est le plus souvent une chose grave; non pas que la terminaison funeste puisse être exclusivement due à l'ascite, mais la compression des organes abdominaux et thoraciques, qui résulte d'une ascite très abondante, contribue aussi à accélérer la mort. Celle-ci est due principalement aux progrès de l'affection organique qui, presque toujours, est l'origine de l'hydropisie. Quant à la guérison, elle survient dans certains cas exceptionnels très rares, que la résorption soit spontanée ou due en apparence à l'emploi de certaines médications. Les conditions organiques de ces guérisons, le plus souvent inattendues, ne sont pas toutes encore bien déterminées, malgré l'intéressant travail de Mondière sur ce point de pathologie (*l'Expérience*, t. VII); il signale principalement les *flux divers* par les urines, les vomissements, les selles, les sueurs comme des crises amenant ces guérisons. Graves rapporte dans sa *Clinique* (t. II, traduct. Jaccoud) la guérison rapide d'une ascite, qui avait duré treize années et qui disparut rapidement après une diurèse et des sueurs abondantes, en même temps que les règles, peu abondantes jusque-là, étaient devenues plus copieuses et plus fréquentes. Moreno y Lopez (*Espana medica*, 1867) a vu une ascite chronique guérir à la suite d'une péritonite aiguë déterminée par une chute; la résorption du liquide était complète au bout d'un mois. Chomel a observé, comme effet consécutif à ces guérisons, qui laissent les parois abdominales relâchées, une dyspepsie qui cède à l'emploi de moyens mécaniques de contention (ceinture), ce qui est la preuve que le relâchement des parois du ventre a bien l'effet qu'il lui a attribué.

ASPHYXIE. — L'asphyxie est-elle ou non une maladie? Cette question

éliminaire étonnera ceux qui considèrent l'asphyxie comme une affection ractérisée par une suspension des fonctions respiratoires, qui entraîne celle toutes les autres fonctions. Cependant Faure, à qui l'on doit, sur ce sujet, ingénieuses et nombreuses recherches, que je mettrai à contribution dans cet ticle (*Arch. de méd.*, 1856, t. VII, VIII; 1858, t. XI, XII), Faure nie que s phénomènes asphyxiques constituent une véritable maladie. Après avoir itiqué les théories proposées, il établit que l'asphyxie n'a pas pour point de épart, ainsi qu'on le professe, la suppression de la respiration ou de la circulation, mais bien la *diminution simultanée de ces deux fonctions*, tant la ppression de l'hématose et le ralentissement de la circulation se suivent de rès. Toute perturbation de l'hématose, dans quelque organe qu'elle se proise, serait, pour Faure, l'asphyxie. Mais cette formule théorique embrasse op d'états disparates par leurs manifestations et par leurs causes, pour être nfondus, dans la pratique, sous le nom générique d'asphyxies. Nous considérons donc seulement ici, sous le titre d'asphyxie, les accidents pathologiques qui résultent de la suspension des phénomènes respiratoires, ou plutôt du défaut d'échange des gaz dans les poumons (oxygène et acide carbonique), caractère fondamental sur lequel a insisté avec raison Claude Bernard.

1° *Éléments du diagnostic.* — Considérés d'abord d'une manière générale, les phénomènes asphyxiques, quelles que soient leurs causes, ne diffèrent pas d'une manière essentielle : caractère important sur lequel a insisté avec raison Faure dans ses différentes publications. L'asphyxie, dit-il, quelle que soit sa cause, est *une*. Elle est la représentation la plus exacte de l'hyposthénie : du commencement à la fin, ce n'est qu'un *affaiblissement graduel des forces vitales*, d'abord des *facultés intellectuelles*, ensuite des *forces locomotrices*, puis des *fonctions organiques*, et enfin des *propriétés propres des tissus*. La *sensibilité*, dont la disparition graduelle est le plus facile à suivre, s'éteint d'abord dans les extrémités des membres, et diminue progressivement; à un moment, elle n'existe plus que dans une partie du corps très limitée, la pupille. Le retour à la vie est indiqué par le retour graduel, une à une, et dans un ordre inverse de celui de leur disparition, de toutes les propriétés, de toutes les fonctions et de toutes les facultés. Jamais la locomotion ne se rétablit que tardivement, les facultés intellectuelles et morales plus tardivement encore. Le fait fondamental de l'asphyxie est, en somme, l'abolition de l'excitabilité générale; et celui du retour à la vie est le réveil de cette propriété (*Arch. gén. de méd.*, 1856, t. VIII).

Cependant si l'ensemble des phénomènes de l'asphyxie se prête à cette description générale, ces phénomènes n'en sont pas moins variables suivant la manière dont s'est produite l'asphyxie, et, pour certaines particularités importantes, suivant la cause qui l'a occasionnée. Mais cette diversité apparente des phénomènes dépend surtout de la diversité des accidents de la *première période*, qui précède l'asphyxie proprement dite (Faure).

Les phénomènes de la première période varient suivant qu'ils sont rapides ou bien lents et graduels. Quant à l'asphyxie complète qui les suit, et qui est la mort apparente, elle peut se montrer d'emblée sous l'influence de certaines causes qui seront rappelées plus loin.

2° *Inductions diagnostiques.* — Je dois d'abord éliminer de cet article un grand nombre d'asphyxies qui se révèlent d'elles-mêmes par la connaissance nécessaire de la condition étiologique dans laquelle elles sont survenues. La strangulation, la compression du corps, la pendaison, la submersion, la congélation, les vapeurs de charbon produites par un réchaud accusateur, l'acide carbonique des puits abandonnés, les vapeurs des cuves en fermentation, les gaz

des fosses d'aisances, et enfin l'emploi préalable du chloroforme en inhalatio pour obtenir l'anesthésie, sont toujours des causes connues qui témoignent la nature asphyxique des accidents observés, et je n'ai pas à m'y arrêter.

Dans tous les faits d'asphyxie dont la cause n'est pas ainsi connue immédi tement, le médecin se trouve en présence de l'un des trois ordres de phénomè rappelés plus haut et que je dois successivement examiner : l'asphyxie complè les accidents précurseurs rapides; les accidents précurseurs se développ lentement et graduellement.

a. — L'asphyxie proprement dite, l'asphyxie complète, est une mort apparen dans laquelle la sensibilité des parties supérieures du corps, et surtout celle la pupille, est conservée, ainsi que la contractilité musculaire, du moins celle cœur. C'est en cherchant à exciter cette sensibilité de l'œil, celle des narines, de la peau par des titillations, des piqûres, des pincements, et, en cas d'insucc en promenant un fer rougi au feu sur la partie antérieure de la poitrine, que l provoque des mouvements qui démontrent que la mort n'est pas réelle. Fa qui recommande comme moyen de traitement les cautérisations, que je ne r pelle que comme moyen de diagnostic, insiste sur leur efficacité lorsque t les autres excitants ne réveillent pas les forces vitales.

b. — Un second ordre de faits est celui dans lequel les phénomènes préc seurs de l'asphyxie complète se développent rapidement. Ces phénomènes s en nombre d'autant moindre qu'ils se succèdent avec plus de rapidité. Ils s d'ailleurs très-variables. Ce sont : un état de *malaise* avec *oppression*, *vertiges*, de la pesanteur ou de la douleur de *tête*, des troubles de la *vue*, tintements d'*oreille*, parfois des *convulsions*, et enfin la *perte de conn sance :* tantôt avec anesthésie rapide des extrémités vers le centre, et perte la myotilité; tantôt avec persistance de *mouvements respiratoires*, *gargou ments* humides entendus à distance, *face* tantôt pâle et tantôt injectée, lacée, surtout à l'origine des muqueuses.

c. — Lorsque *l'asphyxie suit une marche plus lente*, on observe plus complet les phénomènes que je viens de rappeler. Les troubles respiratoire circulatoires dominent ici pendant un temps plus ou moins long, et les troub nerveux ne sont en quelque sorte qu'accessoires jusqu'à ce que l'asphyxie prononçant davantage, tende à devenir complète et à se terminer par la m C'est à cette forme d'asphyxie que se rapportent les descriptions que l'on tro exposées dans la plupart des traités de pathologie : la *dyspnée* extrême, l'o*pression*, l'*agitation*, l'*anxiété*, la *bouffissure de la face*, sa *teinte violac* surtout à l'origine des muqueuses, les *sugillations*, les *suffusions sanguin* les *ecchymoses* sur le corps, phénomènes qui ne sont que des effets second de l'asphyxie, de même que l'engorgement du *foie*, celui des *veines*, et en celui des cavités droites du *cœur*, d'où résulterait la matité étendue const par la percussion au niveau de ces cavités.

Que l'on reconnaisse ou que l'on soupçonne seulement l'existence de l'asphyx la recherche de la cause des phénomènes observés est le point capital du di gnostic. La privation d'air, les gaz dits toxiques, et les maladies internes, s les causes qu'il faut rechercher, en ne perdant pas de vue que les deux premiè produisent toujours des accidents ordinairement imprévus. — L'asphyxie privation d'air, avec liberté des voies respiratoires, est ordinairement produ par une violence extérieure bien évidente, mais elle peut résulter, chez les n veau-nés, de l'application trop serrée de langes autour du tronc (Tardieu), ca à laquelle on peut ne pas songer d'abord. Il en est de même de la pénétrati dans le larynx de corps étrangers dont on ne soupçonne pas la présence, comm

par exemple, chez des enfants qui craignent d'avouer le fait ; l'instantanéité des accidents asphyxiques le fera le plus souvent soupçonner. Cela arrive encore pour les ivrognes, pour les paralytiques, surtout pour ceux qui sont aliénés, et chez lesquels les aliments ont pénétré fortuitement dans la cavité laryngienne. La circonstance de l'invasion de l'asphyxie au moment du repas, sans autre cause apparente, devra mettre le praticien sur la voie du diagnostic. Ainsi que l'a remarqué à ce propos Savary (*Dict. des sc. méd.*, t. II), la suffocation, qui alors est parfois instantanée, peut aussi être lente ; et, dans ce dernier cas, il survient de la *toux*, des *convulsions*, la *face* se colore, s'injecte, devient livide, et les autres symptômes de l'asphyxie surviennent.

Les phénomènes asphyxiques que produisent la viciation de l'air dans des lieux confinés, ou le mélange à l'air de gaz dits toxiques, sont ceux dont l'origine peut e plus souvent être méconnue par la pratique. Le séjour dans un lieu confiné, dans une pièce close et garnie de fleurs, ou nouvellement peinte (à la térébenthine), mais principalement le séjour dans des chambres à coucher, dans lesquelles s'insinuent graduellement des vapeurs carboniques à travers les planchers, les plafonds ou les murs, sont suivis d'accidents que l'on ne songe pas toujours à considérer comme asphyxiques. C'est ce qui arrive dans le cas de filtration de gaz qui proviennent quelquefois d'une partie très-éloignée de la chambre, d'une poutre carbonisée sous un foyer, par exemple. Dans des circonstances de cette espèce, et en présence d'un individu inanimé ou en proie à des râles d'agonie, l'on peut croire à une *syncope* simple, à une *rupture anévrysmale* pendant le sommeil, à une *congestion* ou à une *hémorrhagie cerébrale*, à une *maladie du cœur* portée à un haut degré. Mais indépendamment des caractères différentiels qui dépendent de ces divers états pathologiques, il en est quelques-uns qui mettent souvent sur la voie du diagnostic ; c'est, par exemple, le *malaise* et bientôt la *perte de connaissance* qui peuvent atteindre les personnes qui pénètrent auprès des individus frappés ; c'est encore la *multiplicité des victimes* atteintes à la fois, lorsqu'elles sont couchées dans la même chambre. Lorsque l'asphyxie est due à du gaz à éclairage, l'*odeur* pénétrante de ce gaz suffit pour en découvrir la cause. On peut rapprocher de ce fait les asphyxies subites produites, suivant Fourcroy, par les gaz exhalés par des cadavres au moment de leur exhumation.

Les *asphyxies symptomatiques* dues à des causes internes, et qui sont le plus souvent lentes et graduelles, sont très-nombreuses et très-intéressantes à connaître ; je ne ferai que les indiquer très-sommairement, attendu qu'à propos de la CYANOSE, signe si fréquent d'asphyxie, je les ai énumérées avec détail. Mais je dois faire observer que, en dehors des cas si nombreux d'asphyxie d'origine interne, la cyanose fait défaut lorsque l'asphyxie est rapide. C'est ce qui arrive dans l'asphyxie subitement mortelle que peut déterminer l'obstruction de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins (*Voy.* EMBOLIE artérielle), dans celles qui dépendent de la paralysie du pharynx (passage subit du bol alimentaire dans le larynx), d'un violent spasme de la glotte, de la rupture de kistes hydatiques ou d'abcès tuberculeux dans les bronches : dans tous les cas, en un mot, où l'asphyxie est une véritable suffocation, et dans ceux où il y a compression rapide du nerf pneumo-gastrique, selon Moutard-Martin (*Société médicale des hôpitaux*, novembre 1855). Tout obstacle organique sérieux à l'introduction de l'air dans les voies aériennes et siégeant dans la bouche, le pharynx, la glotte, le larynx, la trachée, toute obstruction dans la circulation pulmonaire en aval, en amont ou au niveau même du poumon, toute affection grave du cœur avec affaiblissement prononcé de l'organe (asystolie), de même

que certaines altérations profondes du sang (choléra, quelques empoiso
ments) , ou certains troubles graves de l'innervation paralysant ou conv
les muscles inspirateurs : telles sont en bloc et dans leur ensemble les c
tions pathologiques qui peuvent être l'origine d'une asphyxie. La plupart d'
elles ne la produisent que lorsque leur action sur les poumons et le cœur
pas très-lente ; car lorsque cette action est lente, on est surpris de voir la r
ration s'effectuer sans suffocation avec des poumons qui, par exemple, sont
et l'autre réduits à des parcelles de tissu fonctionnant, évidemment insuffis
pour l'hématose.

Le *degré* auquel sont arrivés les accidents est un point bien essentiel à
dans tous les cas d'asphyxie sans exception. 1° N'existe-t-il que les phénom
de la première période, qui ne sont pas encore l'asphyxie proprement d
2° Y a-t-il perte de connaissance, des mouvements, et d'une grande partie
sensibilité avec conservation des mouvements respiratoires et du cœur ? 3
joint-il à ces symptômes le défaut de mouvements respiratoires, mais avec
contractions cardiaques manifestes à l'auscultation, quoique de plus en
lentes ? 4° Enfin y a-t-il même absence complète de ces contractions ? Telle
la série de questions qu'il faut se poser. Il y a des formes d'asphyxie qu
montrent toujours avec le même degré, telle que l'*asphyxie des nouveau-*
qui affecte les caractères de la mort apparente, et qui n'est pas une simple
cope, comme on l'a dit.

Parmi les *complications*, il en est de passagères, comme le *délire furi*
qui survient chez les noyés ou les pendus rappelés à la vie, et d'autres plus
rables, comme les *paralysies consécutives* d'un ou de plusieurs membres,
lesquelles H. Bourdon a publié une thèse intéressante (1843) relative à
paralysie consécutive à l'asphyxie par le charbon. Leudet en a publié une
marquable observation dans les derniers temps (*Arch. de méd.*, 18
t. IX, p. 476), et plus récemment, il a signalé l'asphyxie par le charbon co
donnant lieu à des troubles dans les nerfs périphériques, moteurs sensitifs,
vaso-moteurs. Ces troubles périphériques donnent lieu pendant la vie aux s
ptômes locaux de la névrite (douleur, tumeur, abcès), et dans les nerfs vaso-m
teurs, à la rougeur, et au développement d'éruptions bulleuses et herpéti
que l'observation moderne a rattachées, cliniquement et anatomiquement, à
lésions des nerfs vaso-moteurs. Les lésions de ces derniers seraient passagè
et celles des nerfs moteurs et sensitifs seraient plus durables, quelquefois m
incurables. Enfin les faits permettent de soupçonner que cette asphyxie p
produire certaines névroses (*Arch. de méd.*, 1865, t. V). Il ne faut pas pe
de vue les faits de cette espèce, qui dépendent d'une lenteur extrême dan
retour des fonctions locomotrices.

3° *Pronostic.* — Le pronostic de l'asphyxie sera nécessairement très-vari
suivant une foule de circonstances : l'intensité ou la durée de la cause,
cause elle-même, les phénomènes plus ou moins avancés qui caractéri
l'asphyxie, les accidents qui lui succèdent; et surtout suivant sa durée, lors
la mort est apparente. Dans ce dernier cas, il ne faut pas cependant se hâte
porter un pronostic fatal jusqu'à ce que la rigidité ou même la putré
tion cadavériques, dans certains cas, aient annoncé la mort réelle. Jusqu
on doit tout faire pour s'assurer si le patient n'est qu'en état de mort *appar*
et non réelle, en recherchant avec grand soin, et surtout par l'auscultation
cœur, le moindre tressaillement de cet organe, et le plus léger mouvem
respiratoire. Il peut arriver qu'avec une amélioration des plus marq
la mort survienne rapidement ou subitement, sans qu'il soit possible d

ier. Le fait ayant été maintes fois observé, sa possibilité ne saurait être doute, ni par conséquent être négligée pour formuler le pronostic.

UPISSEMENT. — *Voy.* Somnolence.

IÉNIE. — *Voy.* Adynamie.

IME. — Les anciens auteurs comprenaient sous cette dénomination ute espèce de dyspnée, tantôt la dyspnée survenant par accès. Cette dernière de voir a généralement prévalu. Cullen définit l'asthme : une dife respirer survenant par intervalles, avec sentiment d'oppression, respiflante, toux difficile ou nulle au début de l'accès, et suivie, vers la fin, oration muqueuse souvent abondante. Ce dernier caractère spécialise le dyspnée intermittente pour lequel on doit réserver le mot asthme. s, ainsi limité, il n'en a pas moins une signification complexe, dévoilée le partie par l'anatomie pathologique, qui en a signalé le point de départ réquent dans des affections diverses du cœur, des gros vaisseaux ou des respiratoires.

on est loin d'être d'accord sur la signification des lésions trouvées dans iers de ces organes chez les sujets asthmatiques. Pour un grand nombre ateurs, l'emphysème vésiculaire du poumon est la lésion anatomique lle de l'asthme des anciens : telle est l'opinion de Laennec et de Louis, bien étudié cet emphysème dans son anatomie et sa symptomatologie *de la Société méd. d'obs.*, t. I). Pour d'autres observateurs, au contraire, au, qui a donné une théorie particulière de l'asthme (*Traité clinique ultation*, p. 126), l'emphysème pulmonaire serait un fait transitoire, ssant avec l'attaque et disparaissant avec elle, les accès d'asthme étant par la présence dans les bronches de mucosités épaisses y déterminant s perçus au niveau du thorax au moment de l'attaque, attaque qui se par l'expulsion de ces matières plus ou moins concrètes. Enfin d'autres istes admettent, comme les anciens, un asthme *essentiel*. Pour Trousseau, névrose (*Clin. médic. de l'Hôtel-Dieu*, 1861, t. I); pour Germain Sée, adie chronique composée de trois éléments : 1° une dyspnée périodique ion tétaniforme ordinairement réflexe des muscles inspirateurs, et sur diaphragme); 2° une exsudation bronchique parfois prédominante catarrhal); 3° l'emphysème consécutif. G. Sée rejette comme une e le spasme des bronches pendant les accès, et n'admet pas l'asthme atique (*Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, t. III, 1865, art. Asthme).

les travaux importants de ces différents auteurs, et sans nier l'existence me nerveux, la clinique démontre, il me semble, qu'il est presque touossible d'isoler son étude, d'abord de celle de l'emphysème pulmoi est à la fois cause et effet des accès paroxystiques de dyspnée, puis de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. Combien surtout sont frés faits d'emphysème pulmonaire avec simple courte haleine *habituelle*, l surviennent d'accès dits asthmatiques! Trousseau a cité des faits d'asthmevec accès se développant accidentellement sous l'influence de causes rses et paraissant agir uniquement sur le système nerveux respiratoire; asthme essentiel. Mais, je le répète, ce sont des exceptions, dans lese simples conditions d'habitation, de climat, de température, font les accès paroxystiques. La plupart des autres faits, en immense mait des emphysèmes pulmonaires avec accès dyspnéiques dus pour moi à stions passagères du poumon, comme je l'ai dit au mot Emphysème de ière édition. Cette opinion aurait été déjà formulée par Bretonneau, au rousseau. Quoi qu'il en soit, mes recherches sur la congestion pulmo-

naire ont apporté, à cette explication des accès, une probabilité voisine de la certitude.

Suivant Trousseau, l'asthme vrai, essentiel, idiopathique, est caractérisé par des attaques consistant en accès de dyspnée et d'oppression, attaques qui reparaissent à des époques plus ou moins régulières, plus ou moins rapprochées, et dans l'intervalle desquelles les *fonctions respiratoires reprennent ordinairement leur régularité accoutumée*. Cette dernière particularité est très-importante, car elle n'existe pas dans les emphysèmes pulmonaires qui constituent une véritable maladie. Lorsqu'il se joint aux caractères de l'asthme nerveux que je viens de rappeler, et comme causes des accès, la simple inspiration de poussières ou d'odeurs diverses, et en particulier la poussière de la poudre d'ipécacuanha, des conditions d'*habitation*, de *climat*, de *température* dans lesquelles se développent fatalement les accès d'asthme, on a affaire à cette affection. La marche vient encore éclairer le diagnostic ; mais, selon Trousseau, sa cause originaire a une importance capitale. Il signale la *goutte*, le *rhumatisme*, les *hémorrhoïdes*, les affections *herpétiques*, comme offrant des manifestations qui alternent avec les accès d'asthme, et comme étant les causes diathésiques de l'asthme dit essentiel.

Après l'exposé de ces détails sommaires, et sans avoir la prétention de résoudre ici cette question de l'asthme si controversée, je ne puis que renvoyer aux mots Dyspnée, et Emphysème, pour compléter cet article.

ASTHME THYMIQUE. — Cet affection, considérée d'abord comme essentiellement liée à l'hypertrophie du thymus par les Allemands, est généralement envisagée en France comme n'étant autre chose que le *spasme de la glotte*, dépendant lui-même de l'*éclampsie* des enfants, ainsi que les auteurs modernes, et Valleix en particulier, l'ont démontré. Néanmoins, Ern. Barthez, tout en adoptant cette manière de voir pour les enfants âgés de six mois à deux ans (époque de la première dentition), n'est pas tout à fait convaincu que l'asthme thymique n'existe pas chez les nouveau-nés. Il résulterait de la compression exercée au niveau de la partie supérieure du thorax par le thymus, et ses signes varieraient suivant l'organe sur lequel porterait de préférence cette compression (*Soc. méd. des hôpit.*, avril 1853).

ASYMÉTRIE. — *Voy.* Conformation.

ASYSTOLIE. — *Voy.* Cœur.

ATAXIE. — La description des fièvres ataxiques des anciens s'applique à toute maladie fébrile avec symptômes graves prédominants du côté du système nerveux, et comprenant principalement le *délire*, l'*agitation générale*, avec *mouvements désordonnés*, *soubresauts des tendons*, *convulsions*. De nos jours, on dénomme très-rarement ataxiques les affections graves qui présentent ces phénomènes nerveux, que l'on doit considérer comme caractères accessoires des maladies, à moins toutefois qu'ils ne constituent un groupe de symptômes se rattachant directement à une affection encéphalique, comme au ramollissement cérébral dit ataxique (Durand Fardel). C'est dans le cours des *fièvres graves*, principalement de la *fièvre typhoïde* dans nos contrées, dans les *fièvres éruptives* compliquées, dans certaines *phlegmasies* de mauvais caractère (pneumonies, dysenterie intense des enfants), dans le rhumatisme *articulaire*, etc., que l'on rencontre cette ataxie comme complication. Elle donne au pronostic une extrême gravité.

On a étudié plus particulièrement l'ataxie *motrice* dans les dernières années et cette étude a acquis une très-grande importance, puisqu'elle a montré qu'il existait, d'une part, des ataxies du mouvement dans une foule de maladies, et de plus une maladie particulière dans laquelle cette ataxie était le princip

phénomène symptomatique. Je vais traiter à part de ce phénomène symptomatique et de cette maladie.

ATAXIE DES MOUVEMENTS. — L'ataxie des mouvements est un symptôme comme l'albuminurie; et, de plus, comme elle aussi, liée à des lésions particulières, elle est le principal phénomène d'une maladie spéciale. L'ataxie locomotrice progressive, dont je m'occuperai dans l'article suivant, est en effet une entité morbide aussi nettement formulée aujourd'hui que la maladie de Bright. Mais il ne s'agit ici que du phénomène ou symptôme ataxie des mouvements, comme il a été question précédemment de l'albuminurie considérée comme signe.

1° *Caractères.* — Duchenne a parfaitement établi que les mouvements musculaires en apparence les plus simples étaient la conséquence, non de la contraction isolée d'un muscle, mais d'un consensus de contractions musculaires multiples, les uns produisant le mouvement observé, et les autres agissant comme antagonistes et modérateurs, pour régulariser et graduer ce mouvement. Or, cette harmonie motrice est détruite dans l'ataxie musculaire. La perversion, l'irrégularité, l'incohérence remplacent cette harmonie; en un mot, il y a défaut de coordination ou incoordination des mouvements, qui sont comme follement exécutés soit pour la marche, soit pour la préhension des objets, soit pour les mouvements de moindre importance. A la rigueur, on devrait donc considérer comme ataxiques les mouvements désordonnés de la chorée, du tremblement sénile ou alcoolique, des convulsions cloniques; et la confusion a été faite. Cela montre la difficulté de bien préciser le sens de ce que l'on doit entendre par ataxie musculaire, autrement qu'en indiquant ce qui ne l'est pas. C'est ce qu'a fait Topinard en la définissant « un désordre de la fonction qui préside à la progression, à l'équilibration et autres actes de musculation volontaire, désordre non causé par la paralysie, l'atrophie musculaire, une déformation du squelette, etc., et différant du tremblement, de la chorée et des convulsions générales ou partielles, toniques ou cloniques » (*De l'Ataxie locomotrice*, in-8°, 1864). On pourrait ajouter à cette définition qu'il faut que l'incoordination des mouvements ait une certaine étendue pour être caractérisée, et qu'elle ne soit pas limitée, comme les soubresauts des tendons, la carphologie, etc.

2° *Conditions pathologiques et signification.* — Le livre de Topinard est un des travaux dans lesquels ces ataxies locomotrices symptomatiques ont été le mieux étudiées. Il s'appuie sur 70 observations d'états morbides s'accompagnant de ce trouble musculaire.

Les faits les plus nombreux se rapportent à des *lésions diverses du cervelet et de la base du crâne.* Viennent ensuite comme affections cérébrales l'*aliénation mentale*, l'*apoplexie cérébrale* (?), le *ramollissement du cerveau*, la *paralysie générale* (Baillarger). Les intoxications doivent aussi être rappelées comme origines de l'ataxie locomotrice symptomatique; tels seraient l'*alcoolisme aigu* ou *chronique*, certains *tremblements mercuriels*, l'*intoxication saturnine* (Teissier, de Lyon); suivant quelques auteurs, on devrait y joindre l'*intoxication par le sulfure de carbone*, l'*asphyxie par le charbon*, la *pellagre*, etc.; on a même signalé la *belladone* comme pouvant produire des désordres ressemblant en partie à l'ataxie locomotrice. Mais ces dernières causes sont très-hypothétiques. Il n'en est pas de même de deux affections dites diathésiques, la *syphilis* et le *rhumatisme*, qui doivent être rappelées ici, de même que certaines paralysies incomplètes qui ne seraient que des ataxies réflexes, comme on en a observé dans des *affections vermineuses*, et des voies génito-urinaires, et même à la suite d'une *angine scarlatineuse* ou *diphthérique*.

Enfin l'*hystérie* est aussi une condition pathologique du symptôme ataxie mouvements; mais si l'on éloigne les faits si nombreux de simple anesth musculaire qui ne sont qu'une particularité de certaines ataxies hystériques nombre des faits se trouve ici très-restreint. Topinard n'a pu en réunir que

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Lorsqu'un phéno pathologique important se montre assez fréquemment entouré d'autres ph mènes dont le rapprochement donne à l'ensemble quelque chose de partic et lorsque ce groupe de caractères a dans son évolution une marche et une cession de périodes bien définies, il y a lieu d'y voir une entité morbide à crire isolément. Et si, étant déterminée par ses caractères symptomatiques e son évolution, on découvre à cette maladie des lésions concordantes, elle prendre place comme maladie dans le cadre nosologique.

Telle a été l'ataxie locomotrice progressive. Lorsque, en 1858-59 (*Arch méd.*), Duchenne (de Boulogne) la décrivit comme une maladie nouvelle ractérisée par un ensemble de phénomènes dominés par l'ataxie locomo comme symptôme principal, et par une évolution d'une originalité saisiss sa publication mit le monde médical en émoi. On commença par douter légitimité de l'affection, et l'on chercha curieusement si le phénomène ataxi mouvements n'était pas un simple symptôme, ou bien un état pathologique décrit. Il en résulta une étude intéressante du symptôme dont j'ai expos conditions pathologiques dans le précédent article; et on arriva en même t à faire connaître et à mettre en relief des travaux divers, déjà publiés su sujet analogue, en France et à l'étranger.

Bouillaud y vit une affection du cervelet, organe dont il avait préc ment fait, avec Flourens, le centre de la coordination des mouvements (*A de méd.*, 1827). Landry pensa qu'il ne s'agissait que de la perte du sent d'activité musculaire qu'il avait décrite en 1855 (*Gaz. des hôpit.*). Hutin, M Cruveilhier en France, Todd et Gull en Angleterre, Brach, Steinthal, Wu lich et surtout Romberg en Allemagne, furent signalés comme ayant précé ment entrevu ou même décrit, incomplétement il est vrai, l'entité morbi Duchenne; mais c'est bien à notre compatriote que revient le principal neur d'avoir bien fait connaître l'ataxie locomotrice-maladie, et de lui avo prendre rang dans la science.

Toutefois, une lacune anatomo-pathologique grave existait dans son Mém car elle lui faisait envisager la maladie comme une névrose. Trousseau adopta cette manière de voir (*Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, 1865, t Cependant le docteur Axenfeld, dans une savante revue critique (*Arch. de* 1863, t. II), avait fait remarquer qu'il existait une uniformité de lésions moelle épinière dans les faits exposés par Romberg, sous les noms de *tabes salis*, faits pouvant se rapporter à l'ataxie locomotrice progressive. Ces lé consistaient en une atrophie ou plutôt une destruction particulière de la m occupant à peu près constamment la région dorso-lombaire, frappant avec trie les deux moitiés latérales de la moelle, et assez strictement localisée *les cordons postérieurs et les racines attenantes.* L'aspect des parties cependant suivant les cas : tantôt c'est une sorte de dégénération grise, tan état gélatineux et translucide; il y a diminution de consistance ou indu (*sclérose*), réduction de volume et quelquefois accroissement, etc. Ces aspe divers de la moelle ont fait douter de l'existence réelle d'une atrophie. M doute n'existerait plus à l'examen microscopique, indispensable pour ré l'existence de la lésion, et la *destruction des éléments nerveux*, ainsi que résulte des travaux concordants d'un certain nombre d'observateurs, parmi

l'abord les lésions du cervelet, qui s'accompagnent quelquefois de défaut uilibration, d'amblyopie, de paralysies oculo-motrices, avec strabisme et opie; et la confusion serait facile, s'il n'existait pas, dans les affections céré- eusses, un état vertigineux (*ébriété cérébelleuse* de Duchenne) qui manque ; l'ataxie progressive. Si, chez quelques ataxiques, il y a une diplopie qui e le vertige pendant la marche, il suffira de fermer l'œil strabique pour faire ouir le phénomène, ce qui n'a pas lieu avec le vertige cérébelleux (Axen-). — Les troubles cérébraux qui existent dans la *paralysie générale des nés*, avec l'embarras de la parole et le tremblement des lèvres, la feront faci- ent reconnaître de l'ataxie-maladie, malgré l'incoordination des mouvements lle présente. Il faut savoir cependant que les deux affections peuvent être ies chez le même malade. — La difficulté sera plus grande au premier d dans certains cas de *paralysie générale* sans troubles intellectuels; mais ı ici un signe distinctif excellent, c'est que, dans cette paralysie, il y a *fai- le musculaire* réelle, tandis que l'énergie des mouvements est intacte dans xie. — Il en est de même dans certaines *paraplégies incomplètes*, ainsi dans toutes les autres paralysies vraies incomplètes qui sont dues aux causes plus diverses. — Les troubles *hystériques* des mouvements présentent quefois une certaine ressemblance avec la vraie ataxie, sans qu'il y ait affai- ement musculaire réel. Ici l'incoordination des mouvements, qui peut être e, n'est qu'une conséquence de l'anesthésie, et il faut que la malade *voie r agir*. Si l'on applique la main sur les yeux de la malade, elle ne se soutient sur ses membres inférieurs, et elle tombe si elle est debout; si elle est hée, l'incoordination motrice cesse si la vue est libre, et si elle est empê- par l'observateur, la patiente n'exécute pas les mouvements qu'on lui com- de et qu'elle doit exécuter. Je dois faire remarquer qu'il faut toujours pçonner l'hystérie chez les jeunes femmes en apparence ataxiques, et con- er comme je viens de le dire la forme réelle du trouble locomoteur.

'ataxie locomotrice progressive étant bien reconnue, il sera facile d'établir *degré* d'intensité ou d'évolution. La localisation des troubles ataxo-locomo- s permettra de déterminer le *siége* plus ou moins élevé de la lésion de la elle, et son développement probable dans les centres nerveux intra-crâniens. nt à la *lésion* en elle-même, il sera impossible de déterminer son mode ticulier par l'expression symptomatique de la maladie. D'après le docteur Gull, on devrait distinguer trois ordres de faits, selon qu'il y a lésion de la stance contractile des muscles atrophiés, lésion des troncs nerveux ou de leurs nches, ou enfin altération de la moelle épinière (*Guy's Hosp. Reports*, 1863). On reconnaîtra la *forme* de cette maladie à la prédominance de tels ou tels mptômes, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. — Quant aux *com- ications*, je dois une mention spéciale aux *arthropathies consécutives* signa- s par Benj. Ball (*Gaz. des hôpit.*, 1869), et qui peuvent être prises pour des sions rhumatismales. C'est ce qui m'engage à renvoyer leur étude diagnostique mot RHUMATISME (p. 931). On doit encore considérer comme des complications *paralysies vraies* ultimes, et les *eschares* au sacrum, qu'amènent l'affaiblis- ment de la constitution et l'immobilité absolue des derniers temps.

3° *Pronostic.* — La maladie suit une marche lentement croissante qui doit re considérée comme fatale jusqu'à la mort. Du moins jusqu'à présent on n'est rvenu qu'à constater des alternatives d'aggravation ou d'amendement, qu'il t toujours difficile de rattacher aux moyens thérapeutiques employés.

ATROPHIE. — On a compris sous cette dénomination des altérations d'or- nes très-diverses. Mais comme lésion générale appréciable pendant la vie,

l'atrophie n'est constatée que par une diminution de volume plus ou moins considérable, soit des parties externes, soit des organes internes.

A. — L'*atrophie des parties extérieures*, qui est sensible à la vue, a été observée dans des régions plus ou moins étendues, et le fait de la diminution de leur volume, qui se rattache à des conditions pathologiques diverses, sert assez souvent, dans la pratique, de point de départ au diagnostic. L'atrophie générale et uniforme des *deux membres d'un côté du corps*, jointe à un état paralytique, fait immédiatement soupçonner une *hémorrhagie cérébrale* ancienne. L'atrophie qui atteint irrégulièrement un plus ou moins grand nombre de parties tient à l'*atrophie musculaire* si la peau est intacte à leur niveau, et si la palpation sent que les muscles correspondants sont évidemment très-réduits de volume (*Voy.* ATROPHIE MUSCULAIRE). On peut observer aussi à la face des atrophies qui dépendent de plusieurs causes. Sans que la peau soit altérée, l'un des côtés de la face peut être atrophié dans le *torticolis*, et rester tel après sa guérison. Bouvier, qui a publié un intéressant Mémoire sur ces *inégalités des deux côtés de la face* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1852, t. XVII, p. 667), en a attribué l'atrophie unilatérale à l'insuffisance de nutrition, due à la compression des vaisseaux du côté de l'inflexion de la tête; ce côté est précisément aussi celui qui est atteint par l'atrophie. Après avoir été hypertrophiée par une *scrofulide* (lupus), la face subit une atrophie irrégulière, dont l'aspect seul suffit pour révéler l'affection cutanée qui en est l'origine. Il n'en est pas de même pour une certaine *atrophie unilatérale de la face*, qui est assez singulière, et qui a été observée par William Moore chez un jeune homme de dix-neuf ans. Des *taches*, qui s'étaient agrandies successivement en se creusant, et au niveau desquelles la *sensibilité était exaltée*, se montrèrent à des intervalles éloignés sur le côté gauche du visage, au menton, sur le front, les joues et au-dessous de la mâchoire. L'atrophie paraissait concentrée sur les points où se distribue le nerf facial (*Dublin Quart. Journ.*, 1852).

On pourrait rencontrer, suivant le docteur Romberg, des atrophies sans aucune lésion apparente des organes internes et externes autres que l'atrophie, soit de l'un des côtés de la *face*, d'une moitié latérale du *thorax*, soit même de *toute une moité du corps*, ainsi que Parry en avait publié précédemment un exemple. Les docteurs Hueter et Axman auraient recueilli des faits confirmatifs. On se prend à douter, en présence des faits publiés de ce genre, d'un examen suffisant des organes après la mort, soit des centres nerveux et des nerfs, soit des vaisseaux nourriciers ou des muscles des parties atrophiées. On doit donc, avec le docteur Lasègue, qui a fait connaître ces travaux (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX, p. 71), laisser à l'ingénieux professeur de Berlin tout le mérite, mais aussi toute la responsabilité scientifiqne de ces faits nouveaux.

On a signalé encore des atrophies plus limitées : celle des *tissus du pharynx*, qui a pour résultat l'élargissement de la gorge, dans la pharyngite granuleuse (Green), et l'atrophie singulière des *testicules* signalée par Mutel comme conséquence de l'empoisonnement par des viandes avariées dont on a continué longtemps l'usage.

B. — Quant à l'*atrophie des organes internes*, elle ne peut être appréciée pendant la vie, comme leur hypertrophie, qu'à l'aide des moyens d'exploration qui permettent de préciser le volume de ces organes. Seulement il est beaucoup plus difficile de constater la diminution de volume, qui constitue leur atrophie, que l'augmentation d'où résulte leur hypertrophie. C'est ce qui a lieu pour le cœur, le foie, et surtout pour la rate. L'atrophie des nerfs ne s'annonce que par des troubles fonctionnels (*Voy.* PARALYSIES, p. 720, et PNEUMOGASTRIQUES [nerfs]).

l'atrophie n'est constatée que par une diminution de volume plus ou moins considérable, soit des parties externes, soit des organes internes.

A. — L'*atrophie des parties extérieures*, qui est sensible à la vue, a été observée dans des régions plus ou moins étendues, et le fait de la diminution de leur volume, qui se rattache à des conditions pathologiques diverses, sert assez souvent, dans la pratique, de point de départ au diagnostic. L'atrophie générale et uniforme des *deux membres d'un côté du corps*, jointe à un état paralytique, fait immédiatement soupçonner une *hémorrhagie cérébrale* ancienne. L'atrophie qui atteint irrégulièrement un plus ou moins grand nombre de parties tient à l'*atrophie musculaire* si la peau est intacte à leur niveau, et si la palpation sent que les muscles correspondants sont évidemment très-réduits de volume (*Voy.* ATROPHIE MUSCULAIRE). On peut observer aussi à la face des atrophies qui dépendent de plusieurs causes. Sans que la peau soit altérée, l'un des côtés de la face peut être atrophié dans le *torticolis*, et rester tel après sa guérison. Bouvier, qui a publié un intéressant Mémoire sur ces *inégalités des deux côtés de la face* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1852, t. XVII, p. 667), en a attribué l'atrophie unilatérale à l'insuffisance de nutrition, due à la compression des vaisseaux du côté de l'inflexion de la tête; ce côté est précisément aussi celui qui est atteint par l'atrophie. Après avoir été hypertrophiée par une *scrofulide* (lupus), la face subit une atrophie irrégulière, dont l'aspect seul suffit pour révéler l'affection cutanée qui en est l'origine. Il n'en est pas de même pour une certaine *atrophie unilatérale de la face*, qui est assez singulière, et qui a été observée par William Moore chez un jeune homme de dix-neuf ans. Des *taches*, qui s'étaient agrandies successivement en se creusant, et au niveau desquelles la *sensibilité était exaltée*, se montrèrent à des intervalles éloignés sur le côté gauche du visage, au menton, sur le front, les joues et au-dessous de la mâchoire. L'atrophie paraissait concentrée sur les points où se distribue le nerf facial (*Dublin Quart. Journ.*, 1852).

On pourrait rencontrer, suivant le docteur Romberg, des atrophies sans aucune lésion apparente des organes internes et externes autres que l'atrophie, soit de l'un des côtés de la *face*, d'une moitié latérale du *thorax*, soit même de *toute une moité du corps*, ainsi que Parry en avait publié précédemment un exemple. Les docteurs Hueter et Axman auraient recueilli des faits confirmatifs. On se prend à douter, en présence des faits publiés de ce genre, d'un examen suffisant des organes après la mort, soit des centres nerveux et des nerfs, soit des vaisseaux nourriciers ou des muscles des parties atrophiées. On doit donc, avec le docteur Lasègue, qui a fait connaître ces travaux (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX, p. 71), laisser à l'ingénieux professeur de Berlin tout le mérite, mais aussi toute la responsabilité scientifiqne de ces faits nouveaux.

On a signalé encore des atrophies plus limitées : celle des *tissus du pharynx*, qui a pour résultat l'élargissement de la gorge, dans la pharyngite granuleuse (Green), et l'atrophie singulière des *testicules* signalée par Mutel comme conséquence de l'empoisonnement par des viandes avariées dont on a continué longtemps l'usage.

B. — Quant à l'*atrophie des organes internes*, elle ne peut être appréciée pendant la vie, comme leur hypertrophie, qu'à l'aide des moyens d'exploration qui permettent de préciser le volume de ces organes. Seulement il est beaucoup plus difficile de constater la diminution de volume, qui constitue leur atrophie, que l'augmentation d'où résulte leur hypertrophie. C'est ce qui a lieu pour le cœur, le foie, et surtout pour la rate. L'atrophie des nerfs ne s'annonce que par des troubles fonctionnels (*Voy.* PARALYSIES, p. 720, et PNEUMOGASTRIQUES [nerfs]).

Pour le *cœur*, on a bien noté comme signes d'atrophie, outre l'absence ou la limitation de la matité précordiale, signe d'ailleurs très-problématique, la faiblesse des battements et des bruits, et la petitesse du pouls; mais, de son côté, Kreysig a insisté au contraire sur des palpitations assez fortes qui existeraient en pareil cas, ce qui ne s'accorde guère avec les signes précédents. Il n'y a donc là rien qui ne puisse se rencontrer dans une foule d'autres circonstances. Le professeur Albers, de Bonn, a signalé (1837) des symptômes en apparence plus caractéristiques : dypsnée au début, agitation, insomnie, toux légère, respiration suspirieuse, battements du cœur comme incertains, sentiment de frémissement pour le malade à la région précordiale, où la main appliquée ne sent pas les battements du cœur, et où le sthéthoscope les fait percevoir très-faiblement; pouls insensible pendant les accès, puis offrant une fréquence de 120 à 140 pulsations (*Wochenschrift für die Gesammte Heilkunde*, 1836).

L'atrophie du *foie* est importante à constater, lorsqu'il y a en même temps *ascite* et *œdème borné aux membres inférieurs*, car elle est alors un des meilleurs signes de la CIRRHOSE plus ou moins avancée. L'atrophie hépatique est évidente alors si, malgré le refoulement du foie vers la poitrine par l'épanchement ascitique, sa limite supérieure à la percussion est au-dessous de ce qu'elle doit être dans l'état normal (*Voy.* FOIE), et si la pression brusque de l'épanchement ascitique, opérée au-dessous du rebord des fausses côtes droites, n'y sent pas le bord inférieur du foie débordé vers la partie inférieure de l'abdomen.

Quant à la *rate*, cet organe pouvant glisser, dans l'état sain, plus ou moins profondément entre les organes abdominaux qui l'entourent et ainsi échapper complétement à l'exploration pendant la vie, l'on conçoit que l'on ne puisse mesurer une simple diminution de son volume, à moins que cet organe ne soit d'abord notablement hypertrophié (*Voy.* RATE).

L'atrophie est quelquefois un signe de terminaison favorable pour certaines *tumeurs accidentelles*, des kystes de l'ovaire ou des tumeurs hydatiques, par exemple.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. — Entrevue par Van Swieten, Ch. Bell, Abercrombie et quelques autres auteurs, cette maladie, qui n'a pris place dans la cadre nosologique que depuis quelques années, grâce aux travaux de Duchenne (de Boulogne), d'Aran, et de Cruveilhier, a été dénommée aussi *atrophie musculaire idiopathique* ou *primitive, paralysie musculaire atrophique* (Thouvenet, *Thèse*, 1851), *atrophie musculaire graisseuse progressive* (Duchenne, *De l'électrisation localisée*). La transformation graisseuse des muscles a été niée par Robin, qui dit ne l'avoir jamais constatée; mais Virchow, Friedreich (d'Heidelberg) et Lebert ont soutenu l'opinion de Duchenne, qui était aussi celle de Cruveilhier. Envisagée d'abord comme le résultat de la transformation graisseuse locale des fibres musculaires, sans lésion des nerfs ou des centres nerveux, elle fut rattachée ensuite à l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux qui se distribuent aux muscles atrophiés (Cruveilhier, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1853, t. XVIII, p. 490, 546), tandis que Virchow en 1855 (*Arch. für pathol. Anatomie*) et Fromann en 1858 (*Med.-chir. Monatschrift*) ont signalé, dans deux faits, une altération évidente de la moelle épinière. N'est-on pas en droit de considérer ces lésions comme consécutives aussi bien que primitives? C'est le doute soulevé par ces questions qui fait que la nature de la maladie reste problématique, malgré les recherches qui, aux yeux d'observateurs très-habiles, démontrent la constance de lésions visibles à l'œil nu, ou microscopiques, et occupant les cordons antérieurs de la moelle épinière.

1° *Éléments du diagnostic.* — La *faiblesse* graduellement croissante d certains mouvements est le premier symptôme qui attire l'attention du malad et lui fait consulter le médecin. C'est presque toujours au niveau des membre supérieurs d'abord que cette faiblesse se manifeste, tantôt bornée à une petit portion du membre, tantôt presque généralisée et portant plutôt sur certain mouvements que sur d'autres, *augmentant par la fatigue*, et principalemen par l'*action du froid* qui fait éprouver quelquefois une sensation désagréabl au malade. Cette faiblesse est un indice qui doit faire examiner avec soin l'éta des muscles qui président à leurs mouvements, car à cette faiblesse correspon un *amaigrissement particulier* du membre (atrophie musculaire), sur l valeur diagnostique duquel Aran insiste avec raison comme pouvant seul fair reconnaître la maladie. Cet amaigrissement n'est pas général; il affecte tell masse musculaire plutôt que telle autre; et à son niveau la pression perçoit un *mollesse extrême*, au lieu de la sensation d'élasticité que donnent les muscle sains Les muscles au niveau desquels l'atrophie se montre le plus fréquemmen sont: ceux de la main (éminences thénar et hypothénar, inter-osseux dorsaux) à l'avant-bras, les muscles et la région antérieure et externe (supinateurs e fléchisseurs) plutôt que ceux de la région postérieure (extenseurs, cubital pos térieur et plus particulièrement les muscles long abducteur et long extenseu du pouce); au bras, le biceps et le brachial antérieur: à l'épaule, les muscle intrinsèques et extrinsèques, et en particulier le deltoïde (Aran).

L'amaigrissement musculaire partiel, outre l'*affaiblissement* ou la *perte de mouvements* exécutés par les muscles atteints, produit des *déformations ca ractéristiques*, des méplats ou des concavités remplaçant les saillies naturelles il en résulte encore des *positions forcées* et parfois bizarres par suite de la pré dominance des muscles antagonistes restés sains. Des *contractions fibrillair* involontaires et sans douleur, ressemblant à des espèces de palpitations irré gulières dans les différentes parties des muscles, des *crampes*, et des *soubre sauts de tendons*, se montrent assez souvent dans les membres où siége l'atro phie; Aran a vu les contractions fibrillaires à la langue, où elles gênaie l *exercice de la parole*. Pour constater l'état de l'appareil musculaire, il fa faire exécuter les mouvements qui exigent la contraction des muscles examiné faire garder au membre une position fatigante qu'il ne peut ou peut à pei maintenir, et surtout interroger, en quelque sorte, le degré de contractibili conservé dans le muscle, à l'aide de l'*électrisation localisée*. L'affection pe rester limitée dans un muscle ou une masse musculaire, finir par le détrui lentement, et rendre complétement impossibles les mouvements auxquels présidait; d'autres fois, mais bien plus rarement, l'affection peut se *généra liser* et atteindre successivement, quoi qu'on fasse, la plus grande partie de muscles volontaires de l'économie, et même ceux de la respiration.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi les éléments de diagnostic que j viens de rappeler, les changements survenus dans l'aspect extérieur des partie suffisent souvent pour faire reconnaître la maladie à première vue; mais il fa pour cela que l'atrophie soit déjà assez avancée. Au début, lorsqu'il n'y a enco que de la faiblesse, on peut rester dans le doute; et cependant on peut sou pçonner la maladie si, en l'absence de tout signe d'une autre affection, il exis des crampes et des contractions fibrillaires jointes à la faiblesse, surtout si ce troubles pathologiques occupent les membres supérieurs. Dans les cas douteu de cette espèce, l'électrisation localisée, appliquée aux muscles en voie d'atro phie, y fait facilement distinguer cette lésion, en démontrant que les contractio y sont manifestement affaiblies, et d'autant plus faibles que le nombre des fibr

restées intactes est devenu moindre; en sorte que la contractilité électrique finit par être complétement abolie si le muscle est entièrement détruit ou transformé en matière graisseuse. Il est vrai qu'alors les déformations, ordinairement prononcées, sont d'un grand secours pour le diagnostic, comme je le montrerai plus loin. Pour juger de l'état des muscles atteints d'atrophie au milieu d'autres muscles restés intacts, le moyen de diagnostic de Duchenne est le seul auquel on puisse avoir recours.

La marche ordinairement très-lente de cette atrophie n'offre aucune particularité utile au diagnostic, si ce n'est quelquefois ses progrès envahissants jusqu'aux muscles respirateurs. — Quant aux causes de la maladie, il en est qu'il ne faut pas perdre de vue. Le *sexe masculin* et l'*hérédité* constituent une prédisposition incontestable (Duchenne, Edward Meryon), et un *travail musculaire* forcé et continu est la cause occasionnelle la plus fréquente (Duchenne). Il faudra donc tenir compte de ces données étiologiques pour formuler le diagnostic, de même que de la coïncidence de l'atrophie avec certaines affections de la *moelle* (Virchow, Fromann), avec l'intoxication par le *sulfure de carbone*, et surtout avec la *syphilis constitutionnelle*. La constatation d'accidents antérieurs ou actuels de syphilis constitutionnelle avec des signes d'atrophie musculaire ne doit pas faire croire toujours, en effet, à une simple coïncidence : l'atrophie paraît être quelquefois la conséquence de la syphilis. C'est ce qu'avait pu faire soupçonner un fait rapporté par Niepce (*Union méd.*, 1853), et ce qu'ont rendu au moins très-probable les observations du docteur Rodet, de Lyon (*Union méd.*, 1859). Enfin l'atrophie musculaire est aussi la conséquence d'une forme de BÉRIBÉRI.

Tout en tenant compte des éléments de diagnostic dont il a été précédemment question, on peut confondre l'atrophie musculaire généralisée avec d'autres affections, qui varient suivant que l'on croit avoir affaire à une atrophie partielle ou bien à une atrophie généralisée. Et comme dans l'atrophie le phénomène constant est l'affaiblissement ou l'abolition des mouvements des muscles affectés, ainsi que dans les vraies paralysies, c'est avec les paralysies générales et partielles que l'on doit établir le diagnostic différentiel. L'atrophie musculaire survient aussi comme phénomène consécutif dans les véritables paralysies : autre rapprochement entre les deux ordres d'affections, et qui explique qu'elles aient été si longtemps confondues.

Parmi les *paralysies partielles* plus ou moins étendues, celles qui dépendent d'une lésion des centres nerveux et qui occupent une moitié du corps, un membre entier, ou les deux membres inférieurs, ne peuvent être confondues avec l'atrophie musculaire idiopathique, d'abord en raison de leur siége (du moins pour l'*hémiplégie* et la *paraplégie*), et ensuite en raison de la physionomie différente de la maladie. Dans les cas de paralysie symptomatique de cause cérébrale ou spinale, l'*invasion* de la paralysie est *subite* ou rapide, en même temps que l'*atrophie* des membres affectés est *uniforme et très-tardive*, et que les *symptômes concomitants* sont caractéristiques. Dans l'atrophie musculaire primitive, l'affaiblissement des mouvements est lent, l'atrophie des muscles très-rapide et irrégulière, et il y a absence de tout symptôme du côté des centres nerveux.

Les caractères différentiels ne sont pas aussi nettement tranchés pour certaines *paralysies partielles* beaucoup plus limitées et qui sont hystériques, rhumatismales, saturnines, ou dues à la lésion d'un nerf; cependant elles ne présentent pas le plus souvent de difficultés sérieuses de diagnostic. D'abord la constatation de l'hystérie, d'une affection rhumatismale concomitante, d'une

intoxication saturnine, ou enfin d'une lésion locale des nerfs, est d présomption que l'une ou l'autre de ces maladies est le point de paralysie observée. De plus, ces différentes paralysies partielles l'atrophie musculaire idiopathique des différences caractéristiques très-bien résumées par Aran. Les *paralysies hystériques*, dit-il, n guère à l'atrophie, et d'ailleurs la perte des mouvements est généra plète, ce qui n'a pas lieu dans l'atrophie progressive. Les paralysie *males*, qui ne sont pas toujours complètes, affectent constamm muscles d'une région, tandis que l'atrophie atteint certains muscl Les paralysies *saturnines* ont un siége de prédilection; elles frapp lement les extenseurs des poignets et consécutivement quelques a de l'avant-bras et du bras. Enfin celles dues à la *lésion d'un ner* être, de toutes les paralysies, celles qui produisent le plus rapidem musculaire; mais ce qui distingue cette dernière, c'est que l'app du membre porte exclusivement sur les muscles auxquels se dist affecté. L'électrisation localisée donne, de plus, des résultats très-d ces différentes circonstances, ainsi que l'a démontré Duchenne : *tilité musculaire est intacte* dans les paralysies hystériques et rh *elle est abolie complétement* dans les paralysies saturnines et dan matérielles des nerfs; or, dans l'atrophie musculaire idiopathiqu tractilité musculaire *est seulement affaiblie*. Sans doute elle pe lorsque toutes les fibres musculaires ont disparu dans le muscle a alors les caractères mêmes de l'atrophie et les antécédents du ma en général à lever les difficultés.

Le signe différentiel fourni par l'électrisation est considéré p comme le seul qui permette de distinguer l'atrophie musculair dans l'enfance de la *paralysie générale* de cause cérébrale. Ca douteux pour lui que l'atrophie musculaire ne puisse atteindre avant ou après la naissance. Elle est quelquefois généralisée; tendre à s'aggraver de plus en plus comme chez l'adulte, elle ten première enfance à se localiser dans certains muscles, en subissa transformation graisseuse; mais jusque-là ils répondent à l'excitati (*Voy.* PARALYSIE spinale de l'enfance).

Lorsque l'atrophie musculaire, chez l'adulte, s'est généralisée e à un nombre plus ou moins grand de muscles des membres et d présente, ainsi que le fait remarquer Duchenne, un cachet disti permet pas de la confondre avec la *paralysie générale* avec ou san qui frappe en masse et d'une manière égale tout l'appareil muscu que l'atrophie idiopathique détruit les muscles capricieusement et Les troubles intellectuels constituent d'ailleurs un excellent sign pour la paralysie générale des aliénés. S'il peut y avoir des doute caractères de l'anaigrissement des muscles ne sont pas très-tran propos de la paralysie générale *sans aliénation*, comparée à l'atro laire idiopathique et généralisée. De part et d'autre, la marche de l progressive, et, dans les deux cas, on rencontre l'embarras de la pa la gêne de la déglutition. L'électrisation, suivant Duchenne, e plus sûr moyen d'arriver au diagnostic : *les muscles répondent f* l'excitation électrique au niveau des portions de muscles ou des fi laires qui survivent dans l'atrophie idiopathique; *ils répondent p à cette excitation* dans la paralysie avec aliénation; tandis que *to tilité musculaire serait éteinte* dans la paralysie générale sans a

même que dans la paralysie générale saturnine. Je me hâte d'ajouter que ces distinctions ne sont pas généralement admises, et que de nouvelles recherches sont nécessaires par cela seul que ces différentes paralysies générales, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports réciproques, n'ont pas encore été suffisamment étudiées.

Je suppose maintenant que, malgré les incertitudes du diagnostic dans un certain nombre de cas, l'atrophie musculaire ait été reconnue, et son origine établie; on a encore à en déterminer le *siége* et l'*étendue*. Pour cela, il faut utiliser ce que l'on doit savoir de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil musculaire. Les signes à utiliser sont, en effet : 1° les *déformations locales* que présentent les masses musculaires elles-mêmes; 2° les modifications subies par les *mouvements* que ces muscles doivent exécuter; 3° les *difformités indirectes* qui résultent de l'atrophie localisée dans le voisinage. Je n'ai qu'à rappeler ce que j'ai dit des dépressions ou des méplats visibles au niveau des muscles atteints, et de l'affaiblissement ou de l'abolition des mouvements particuliers qui résultent de l'atrophie, sans être obligé d'entrer dans les détails. Mais il n'en est pas de même des déformations que j'ai appelées indirectes et que je dois exposer comme données importantes du diagnostic.

Duchenne, qui de nos jours a étudié mieux que personne la physiologie musculaire, a signalé, dans différents endroits de son ouvrage, les déformations suivantes comme signes d'atrophie de certains muscles :

a. — Flexion à angle droit de la première phalange des doigts sur le métacarpe dans l'atrophie de l'*extenseur des doigts ;*

b. — Flexion forcée des deuxième et troisième phalanges et extension des premières, donnant à la main l'aspect d'une griffe, dans l'atrophie des *muscles interosseux ;*

c. — Extension forcée des deux dernières phalanges sur les premières, avec concavité anguleuse supérieure des doigts, dans l'atrophie des muscles *fléchisseurs sublime et profond ;*

d. — Premier métacarpien et pouce alignés de niveau avec le reste de la main, qui la fait ressembler à la main du singe, dans l'atrophie des *muscles de l'éminence thénar ;*

— Épaule abaissée, et entraînée en avant, écartement du bord interne du scapulum pas rapport à l'épine vertébrale, et par suite convexité transversale du dos et concavité de la poitrine en avant, avec l'atrophie du *muscle trapèze ;*

— Saillie du bord spinal du scapulum avec déplacement de son angle inférieur en avant, dans l'atrophie du *rhomboïde ;* mais cette saillie du bord spinal du scapulum est très-prononcée et en forme d'aile quand le bras est porté en avant, si le *grand dentelé* est atrophié;

— La cambrure exagérée des lombes résulte de l'atrophie des *muscles droits de l'abdomen ;*

— Enfin certains pied-bots sont la conséquence indirecte de l'atrophie partielle des *muscles de la jambe*, par suite de la prédominance exclusive des muscles antagonistes, c'est-à-dire par un mécanisme analogue à celui qui préside aux autres déformations (*Voy.* MAIN, EPAULES, PIED).

Dans tous les cas dont il vient d'être question, il y a défaut d'équilibre entre les muscles antagonistes. Ce défaut d'équilibre, qui résulte de la simple *paralysie atrophique* de certains muscles, est aussi la conséquence de la *contracture* de leurs antagonistes, les premiers étant sains. Il en résulte que les mêmes déformations que je viens d'indiquer peuvent se produire de part et d'autre. Pour attribuer ces déformations à l'atrophie, il faudra donc que l'on ait mis hors de

cause la *paralysie simple*, ainsi que la *contracture* des muscles antagonistes.

Il est important de constater jusqu'à quel point est arrivée la *lésion* atrophique du muscle ; s'il conserve encore beaucoup ou peu de fibres musculaires intactes, ou bien si elles sont complétement disparues et transformées en tissu graisseux. L'affaiblissement plus ou moins prononcé ou l'abolition des mouvements volontaires du muscle peuvent bien donner, du degré de la lésion, une idée approximative, mais l'électrisation peut seule faire arriver à une conclusion assez précise ; car elle détermine des contractions musculaires d'autant plus faibles que les fibres contractiles sont moins nombreuses, et elle ne produit aucune contraction si elles sont toutes détruites.

Il ne survient de *complication*, dans le cours de l'atrophie musculaire idiopathique, que lorsque des muscles essentiels à la vie, ceux de la respiration, par exemple, se trouvent envahis par suite de la généralisation de la maladie. Les fonctions respiratoires subissent alors une atteinte grave, et l'*asphyxie* peut en être la conséquence ; on a vu cette asphyxie hâtée par une simple *bronchite*. Ball (*Union méd.*, 1856) a rapporté une observation de *démence* recueillie dans le service de Moreau (de Tours), à Bicêtre, et qu'il considère comme une complication de l'atrophie musculaire préexistante. Mais dans ce fait unique dans la science, et par conséquent exceptionnel, doit-on voir autre chose qu'une simple coïncidence? C'est à quoi l'ensemble des faits déjà recueillis en assez grand nombre, et dans lesquels la démence n'est jamais survenue comme phénomène ultime, semble répondre par l'affirmative.

3° *Pronostic.* — L'atrophie musculaire a été dite progressive précisément parce que, dans la plupart des cas, elle tend à s'aggraver et à se généraliser. Mais la gravité du pronostic est subordonnée à l'origine de la maladie, la marche envahissante et fatale s'observant surtout dans les cas d'atrophie idiopathique, et l'atrophie symptomatique restant en général localisée dans les parties où elle s'est développée. L'atrophie symptomatique d'une syphilis constitutionnelle, combattue par un traitement approprié (iodure de potassium), a marché vers une guérison manifeste dans les faits dont il a été précédemment question, quoique la lésion des muscles fût considérable. Les autres atrophies symptomatiques restent en général limitées, ai-je dit, ce qui en rend le pronostic plus favorable, sinon pour la guérison définitive, du moins pour l'innocuité.

ATTAQUE. — *Voy.* Accès.

ATTITUDE. — L'attitude, considérée comme signe, doit se comprendre des positions diverses du corps tout entier ou de celles de certaines parties.

A. — Dans l'*attitude générale*, on trouve l'expression de l'état des forces musculaires, lorsqu'elles sont plus ou moins déprimées ou excitées. Les convulsions générales constituent l'exagération extrême des attitudes résultant de l'excitation motrice. Le décubitus la tête élevée, lorsqu'il est la seule attitude que puisse conserver le malade, démontre habituellement un trouble plus ou moins profond des fonctions de la respiration ou des organes centraux de la circulation. L'aorte abdominale même, lorsqu'elle est oblitérée, oblige à un décubitus avec élévation de la partie supérieure du corps. Le décubitus horizontal est également impossible dans l'hépatite, ainsi que dans la pleurésie diaphragmatique.

Souvent l'attitude générale paraît naturelle dans le décubitus ; mais si l'on fait marcher le malade, il en résulte une hésitation, et par suite une attitude craintive, dans laquelle il cherche des points d'appui, ce qui indique une faiblesse musculaire ou une perversion des mouvements des deux membres inférieurs. L'attitude générale, dans la marche, est également caractéristique de la *paralysie* d'un seul des membres pelviens ou d'une *hémiplégie incomplète*.

Dans ce dernier cas, il suffit d'avoir une fois observé l'attitude dans la marche, le corps se relevant du côté opposé à la paralysie à chaque projection particulière en avant du membre pelvien affaibli, tandis que le bras paralysé reste pendant et immobile contre le tronc, pour ne plus méconnaître la valeur de cette attitude. Il en est de même de la démarche de certains *paralytiques généraux*, lorsqu'il y a plutôt perversion qu'affaiblissement des mouvements musculaires. Ces malades s'avancent par mouvements hésitants, mais saccadés, brusques et de peu d'étendue.

B. — Les *attitudes partielles* particulières que provoquent certaines affections locales ont plus d'importance séméiologique que l'attitude générale. — Les *douleurs vives*, par exemple, commandent souvent des attitudes ou des poses caractéristiques : la main se porte naturellement sur la région douloureuse, la tête s'infléchit vers elle, de même que le tronc, comme pour immobiliser la partie souffrante; dans ces différentes circonstances, l'expression de la physionomie annonce en même temps qu'une douleur est la cause de l'attitude anomale qui, jusqu'à un certain point, indique le siége de cette douleur. Le membre inférieur étant à demi fléchi, et immobilisé par une douleur vers son origine, doit faire présumer l'existence d'un phlegmon iliaque, avec inflammation de la gaîne du psoas du côté correspondant. — Les *affections musculaires*, soit par la contraction devenue douloureuse de certains muscles, soit par leur contracture, soit enfin par leur affaiblissement, impriment à certaines parties du corps des attitudes vicieuses qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Les *contractures* locales, en dominant l'action tonique des muscles antagonistes, et les *paralysies* ou les *atrophies*, en rendant au contraire, par suite de leur insuffisance, les muscles antagonistes prédominants, expliqueront ces attitudes vicieuses partielles, et ces états pathologiques devront toujours être recherchés. Cette recherche serait inutile, si l'on trouvait : au niveau de la peau, des *cicatrices* étendues et profondes; au niveau du squelette, des *déformations osseuses* qui sont le point de départ de l'attitude, comme chez les rachitiques.

AURA. — *Voy.* ÉPILEPSIE.

AUSCULTATION. — Pour faire ressortir les applications de l'auscultation utiles à la pratique, en les envisageant d'une manière générale, j'en examinerai successivement le *but*, l'*application* et les *signes*, sans insister sur la théorie des bruits d'auscultation, que j'ai étudiée longuement dans un travail particulier (*Arch. gén. de méd.*, 1865, t. VI).

1° *But.* — On sait que l'auscultation a pour objet de recueillir les bruits normaux ou anomaux qui se produisent au sein des organes, et qui ne sauraient, pour la plupart, être perçus à distance par simple audition. C'est principalement dans l'intérieur des voies respiratoires et circulatoires, et au niveau des séreuses de la poitrine et de l'abdomen, que l'on recherche ces signes. On l'applique souvent aussi avec succès à la recherche de la grossesse. Ce n'est que dans un petit nombre de circonstances, ou dans des cas exceptionnels, que l'on a usé de l'auscultation pour le diagnostic de certaines affections de l'estomac, des intestins, du foie et de la vésicule biliaire, des reins, de la vessie, de l'utérus, des ovaires, de l'oreille, des parties molles, des os et enfin des articulations.

2° *Méthodes d'exploration.* — Il résulte de cette énumération que l'auscultation est employée au niveau de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen et des membres. On sait qu'elle se pratique immédiatement avec l'oreille appliquée sur la partie à explorer, ou médiatement à l'aide d'un stéthoscope.

Le premier mode d'exploration, l'auscultation directe, est le plus fréquemment employé au niveau de la poitrine; mais *le stéthoscope* est indispensable pour

ausculter certaines régions limitées, soit parce que l'oreille ne saurait quer convenablement, soit parce que l'on parvient ainsi à circons exactement le siége du bruit à percevoir. Des motifs de convenanc souvent à se servir aussi de cet instrument pour ausculter les parties a de la poitrine, chez les personnes du sexe.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que, pour l'emploi de l'aus le malade doit avant tout être dans la position la plus convenable pou ration. Qu'il soit debout, assis ou couché, il prendra une attitude régu symétrique s'il s'agit de comparer deux régions latérales correspond bien, si l'on explore une région isolément, on fera en sorte que les soient amincis autant que possible par la position (*Voy.* POITRINE). C si le malade est très-affaibli et couché, l'on devra, jusqu'à un certain départir de cette règle, et le déranger le moins possible de la position choisie, à moins qu'il ne soit indispensable au diagnostic de procé investigation plus complète que ne le permet son attitude. Dans ce de on agira aussi rapidement que possible, surtout si l'on veut auscult trine en arrière. Il peut arriver aussi que l'attitude assise soit im prendre par le malade s'il existe vers le sacrum une plaie accidentell dans certaines fièvres graves; on pourra, dans ce cas, ausculter succe chaque côté de la poitrine, le malade étant couché alternativement s opposé. Enfin, chez les sujets dont la dyspnée est excessive, avec me phyxie, l'on devra ausculter rapidement, en posant à peine l'oreille c thoscope sur le thorax. Dans le croup, l'auscultation peut, à certains compromettre l'existence, selon Vauthier, qui conseille de s'abstenir, que les mouvements imprimés à l'enfant amènent de la suffocation (*méd.*, 1848, t. XVII, p. 30).

Quant aux règles particulières à suivre pour pratiquer l'auscultati puis que renvoyer aux traités spéciaux. J'ajouterai, avec Barthez e que, dans le cas où l'on ausculte un enfant dans la position assise, i garder d'appliquer l'oreille sur sa poitrine au moment où l'on vient de sur son séant; car alors il s'agite, sa respiration s'accélère, devient soit dans l'inspiration, soit dans l'expiration, ce qui expose à de no erreurs. Si, au contraire, on a la précaution de n'appliquer l'oreille parois de la poitrine que lorsque l'enfant est calme et tranquille, on aisément à constater la pureté du bruit respiratoire, si elle existe. plus jeunes enfants, l'application de l'oreille, et, à plus forte raison stéthoscope, les contrarie ou les effraye; ils exécutent alors des mouve torsion du tronc en poussant des cris incessants, de sorte qu'on est souv d'abandonner l'examen. Si l'auscultation est possible, on fait tenir le jeu par une personne étrangère qui le porte à plat sur ses deux bras, ou soulève d'un main la poitrine de l'enfant de manière que la partie de l que l'on veut ausculter fasse une saillie sur laquelle l'oreille s'appli facilité (*Traité des mal. des enfants*, 2e édit., t. I, p. 47).

Il arrive quelquefois que, chez l'adulte, la respiration n'est pas d'a tendue, soit que le malade diminue l'étendue ou la fréquence des mo respiratoires, soit qu'il respire comme à l'ordinaire. Dans ce cas, o accélérer la respiration ou faire des inspirations profondes, et, si ces m suffisent pas pour faire percevoir les bruits respiratoires, on fera touss lade. Il est rare que, par ce moyen, l'inspiration profonde qui précède tement la toux ne fasse pas entendre la respiration. Il faudra donc, d d'obscurité des bruits perçus, ausculter dans les trois conditions que je

ppeler : respiration ordinaire, respiration accélérée et plus profonde, et toux. itte recommandation est surtout utile chez le vieillard, lorsque l'on soupçonne ie affection thoracique, et principalement une pneumonie, maladie si fréquente un âge avancé, et si souvent obscure.

Pour l'auscultation du cœur, au niveau duquel des bruits anomaux, peu centués, peuvent quelquefois être pris pour des bruits respiratoires accélérés, t ceux-ci masquer les bruits du cœur, il est de règle de faire suspendre momentanément les mouvements de la respiration par le malade. Lorsqu'il n'existe s de dyspnée avec menace de suffocation, cela est presque toujours possible, moins pendant un temps très-court, mais suffisant pour permettre ensuite de re la part des bruits cardiaques ou vasculaires et des bruits respiratoires. La lpation du pouls, pendant l'auscultation des bruits du cœur, est encore un cellent moyen de discerner les deux bruits cardiaques.

Quant à l'auscultation pratiquée dans les régions autres que la poitrine, ou au reau des organes situés en dehors de cette cavité splanchnique, j'indiquerai, il y a lieu, les particularités de son application à propos de ces régions ou de ces ganes. L'auscultation obstétricale sera traitée au mot GROSSESSE.

3° *Signes.* — Les signes perçus par l'auscultation varient suivant les organes ui en sont le siége. Tantôt ce sont des résonnances particulières qui se manifesnt au niveau d'organes qui sont exempts de tout bruit dans l'état physiologique; ntôt, au contraire, les signes perçus sont des résonnances qui se substituent ou ajoutent aux bruits normaux qui se produisent dans les organes. Cette distincon est importante, car, dans le premier cas, il suffit de constater le bruit anomal pour lui attribuer toute sa valeur; tandis que, dans le second cas, les bruits physiologiques modifiés peuvent quelquefois ne l'être pas assez franchement pour que leur signification soit exempte d'incertitude. Pour échapper autant que possible aux difficultés qui en résultent, il faut bien connaître les bruits perçus dans l'état normal. Je vais rappeler sommairement les uns et les autres, mais seulement pour l'appareil respiratoire, l'application de l'auscultation aux autres appareils ayant été traitée dans des articles particuliers consacrés aux régions ou aux organes.

Du côté des organes respiratoires, il ne faut pas oublier que le *murmure vésiculaire normal* (comme le retentissement de la voix et de la toux) est d'autant plus intense que les parois thoraciques sont plus minces, et que la pénétration de l'air est plus rapide et plus profonde; qu'à l'origine des bronches, sur les côtés de l'épine, ce murmure prend quelquefois le caractère bronchique; et qu'au sommet des poumons, il est parfois plus intense *à droite* qu'à gauche, surtout à l'expiration (Louis). — Chez les enfants, le bruit respiratoire est habituellement exagéré (respiration puérile), presque soufflant même, si l'expiration est rendue plus profonde par un soupir ou toute autre cause. Mais cette exagération serait loin d'être habituelle chez les plus jeunes enfants, suivant Trousseau et Bouchut, ce qui tient à ce que la respiration est très-courte dans le premier âge, comme Barrier l'a fait remarquer. Barrier ajoute qu'il suffit que l'enfant pousse un soupir ou fasse une inspiration profonde, pour que le bruit respiratoire soit presque soufflant. Barthez et Rilliet, qui ont décrit avec détail les résultats de l'auscultation chez les enfants sains ou rachitiques, adoptent cette explication, dont j'ai moi-même pu constater la justesse, à l'hospice des Enfants-Trouvés. Tout dépend donc des conditions d'ampleur ou de vitesse dans lesquelles se font les mouvements respiratoires. — Chez les vieillards, la respiration est assez souvent plus faible, ou bien plus bruyante ou plus rude que chez l'adulte, sans que

les observateurs aient jusqu'à présent pu donner une explication satisfaisante d ces différences.

Pour rappeler l'ensemble des *bruits respiratoires anomaux*, j'adopterai le divisions généralement admises, non qu'elles soient irréprochables, mais elle permettent d'en faire méthodiquement l'énumération. Barth et Roger rattachent l altérations du bruit respiratoire à des modifications : 1° de son intensité (*resp ration forte, faible* ou *nulle*); 2° de son rhythme (respiration *fréquente* ou *ran saccadée, longue* ou *courte*, avec *expiration prolongée*); 3° de ses caractèr (respiration *rude, bronchique, caverneuse, amphorique*); 4° enfin à la produ tion de bruits anomaux spéciaux : bruits de *frottement, râles* (*secs* ou *sonore* ou *humides*), auxquels il faut joindre les *craquements* et le *bruit de soupap*

Les phénomènes pathologiques de la voix et de la toux comprennent : 1° *pou la voix,* des modifications d'intensité ou de timbre; la simple exagération (l'absence du *retentissement vocal;* la voix *bronchique, caverneuse* (ou pect riloquie), la voix *amphorique;* 2° pour la toux : la toux *bronchique* ou tubair la toux *caverneuse*, la toux *amphorique ;* 3° enfin, comme phénomène lié à respiration, à la voix et à la toux, le *tintement métallique.*

Le bruit de *fluctuation thoracique* (par la succussion hippocratique) con titue un appendice de ces différents bruits anomaux.

Les conditions dans lesquelles se montrent ces différents signes ne doivent p m'occuper ici. On en trouvera l'exposé, avec le complément des généralités (cet article, aux mots ABDOMEN, BRUITS ANOMAUX, POITRINE, TÊTE, et aux art cles consacrés à chaque organe, à chaque signe d'auscultation ou chaque grou de signes (*Voy.* AMPHORIQUES, BRONCHIQUES, CAVERNEUX (Phénomènes); Vo THORACIQUE, etc.).

Il est un mode d'auscultation tout particulier préconisé dans ces dernie temps par Collongues, sous le nom de DYNAMOSCOPIE (*Voy.* ce mot).

AUTOPHONIE. — *Voy.* VOIX THORACIQUE.

AVORTEMENT. — Quoique je n'aie à m'occuper de l'avortement ni a point de vue de la tokologie ni à celui de la médecine légale, le sujet n'en pré sente pas moins une certaine importance diagnostique. Les phénomèn séméiologiques qui caractérisent ou qui suivent l'avortement, lorsque celui-ci e dissimulé ou ignoré par la femme, peuvent, en effet, être méconnus, et condui à de grossières erreurs de diagnostic, principalement lorsque la grossesse n'e pas encore très-avancée.

Lorsque l'on est appelé auprès d'une jeune femme, au moment [illegible] l'avortement, il est rare que *l'intensité des douleurs* de bas-ventre [illegible] par *crises* momentanées et séparées par des *intervalles de calme* [illegible] pas soupçonner la vérité, surtout si un *état général satisfaisant* [illegible] *physionomie naturelle, l'état normal du pouls* et une *hémorrhagie utérin* coïncident avec ces douleurs. Si la grossesse est assez avancée pour que l'o sente derrière le pubis, ou au-dessus, le *globe utérin* se durcissant pendant l douleur, et à plus forte raison si le toucher fait sentir un corps arrondi dans conduit élargi du col utérin, les probabilités se changeront presque en certitud — Je dis presque, car les mêmes phénomènes pourraient, dans des cas [illegible] très-rares, être dus à l'expulsion, au lieu de l'œuf, d'une *tumeur polypeu* développée dans l'intérieur de l'utérus. Il n'y aura donc certitude d'un véritab avortement que par suite de l'expulsion du produit de la conception. — Des dou leurs très-vives, analogues à celles de l'avortement, et avec développement d l'utérus, ont lieu par suite de l'oblitération du col utérin et de la RÉTENTION d *sang menstruel.* Elles pourraient bien également simuler d'abord une parturi

on prématurée ; mais alors l'hémorrhagie qui précède ou accompagne l'avorte-ent faisant complétement défaut, l'erreur ne saurait être de longue durée, sur-ut après que l'on aurait pratiqué le toucher. — Une *métrorrhagie abondante*, dont la cause est incertaine, doit toujours faire soupçonner une fausse couche, incipalement si la femme accuse un retard dans la menstruation ; mais ici core la certitude n'existera que si l'œuf ou l'embryon se retrouvent au milieu s caillots expulsés.

Quoiqu'il soit admis que l'avortement favorise à sa suite le développement des fections utérines, son influence à cet égard ne s'exerçant que dans un certain mbre de cas, on ne saurait conclure de l'existence de ces maladies à celle un avortement antérieur.

L'avortement étant avoué ou reconnu, il n'est pas toujours possible de remon-r à la cause qui l'a provoqué. Cette recherche, au point de vue médico-légal, nstitue souvent un des problèmes les plus délicats à résoudre ; et il peut en re de même dans la pratique ordinaire, car, sur beaucoup de points, la science est pas définitivement fixée à cet égard. D'autres fois, au contraire, l'étiologie e l'avortement est très-facile à préciser. Des *violences extérieures*, des *mou-vements* forcés, surtout si la femme a eu antérieurement, comme prédisposition, sieurs avortements, et si elle a atteint environ le milieu de sa grossesse, des aladies graves de la mère, telles que la *pneumonie*, la *variole* (qu'elle com-unique à son enfant), le *cancer utérin*, etc., peuvent expliquer naturellement a parturition prématurée.

AXILLAIRE (Région). — *Voy.* AISSELLE.

BACTÉRIES. — On désigne ainsi des infusoires parasites infiniment petits, isqu'ils ne peuvent être recherchés au microscope qu'avec un grossissement 950 diamètres et avec un fort éclairage, que l'on trouve dans le sang dans rtaines conditions pathologiques nécessaires à connaître.

Les bactéries sont de petits bâtonnets cylindriques, droits, minces, longs de 0^m,006 à 0^m,012, sans aucun mouvement, très-souvent mêlés à des vibrions ès-agiles. Elles ont été signalées : dans le sang des *maladies septiques* (Fuchs,



Fig. 13. — Goutte de sérum.



Fig. 14. — Parcelle d'un caillot.

ld; Coze et Feltz, 1866) ; dans le sang *charbonneux* (Delafond), comme dans sang de rate ; dans les *lochies de la fièvre puerpérale* (Mayer Hoffer, de rlin) ; dans le *muco-pus* (Pouchet, de Rouen) ; dans des crachats de la

coqueluche (Poulet), dans ceux de la *rougeole;* dans le sang d'un homme mort de *fièvre typhoïde;* dans les humeurs et les organes chez l'homme et chez les animaux atteints de la maladie *farcino-morveuse* (Christot et Kiener, *Acad. des sciences,* nov. 1868). Cependant on n'est pas encore éclairé sur les signes que l'on doit rapporter à la présence des bactéries dans le sang chez l'homme.

BALANITE. — Le diagnostic de la balanite ou inflammation de la muqueuse du prépuce et du gland, et d'où peuvent résulter le phimosis et le paraphimosis, ne présente pas la moindre difficulté. Mais il est important de ne pas confondre avec des chancres, les ulcérations superficielles qui accompagnent quelquefois la balanite. Il faut distinguer la balanite qui complique les véritables chancres ou la blennorrhagie de celle qui est due simplement à l'étroitesse de l'orifice préputial et à l'accumulation de la matière sébacée entre le prépuce et le gland.

BALLONNEMENT. — *Voy.* MÉTÉORISME.

BALLOTTEMENT. — Le ballottement est un des signes les plus évidents de la grossesse. Il se pratique à l'aide de l'indicateur porté sur l'utérus, en avant du col si la femme est debout, et en arrière si elle est couchée. On refoule brusquement, mais sans violence, cet organe de bas en haut, et l'on sent peu après le choc du fœtus mort ou vivant qui, d'abord soulevé dans le liquide de la poche amniotique, retombe à la partie déclive. Pour obtenir ce signe, il faut que la grossesse soit déjà avancée, car il ne peut malheureusement s'obtenir dans les trois premiers mois, précisément dans la période de la gestation où il serait le plus nécessaire de diagnostiquer la grossesse (*Voy.* ce dernier mot).

On a encore donné le nom de ballottement au mode d'exploration employé dans les cas de dilatation de l'estomac, et qui consiste à déterminer, à l'aide des deux mains placées de chaque côté de l'abdomen, un bruit particulier ressemblant à celui que rendrait une vessie à moitié remplie d'air et de liquide, et à laquelle on imprimerait des secousses.

BARBIERS. — *Voy.* BÉRIBÉRI.

BASSIN. — Si l'on considère la charpente osseuse qui constitue le bassin comme les parois résistantes d'une cavité particulière occupée par des organes très-importants, et analogue à la cavité abdominale proprement dite, on reconnaît que le diagnostic doit revendiquer une foule de notions pratiques très-intéressantes, qui résultent de la contiguïté des organes qui y sont contenus.

Le réservoir de l'urine s'ouvrant à l'extérieur par l'intermédiaire de l'urètre; la fin du gros intestin se terminant par l'anus; et, comme organe intermédiaire chez la femme, l'utérus, qui communique au dehors par le vagin, et qui se rattache latéralement aux ovaires par les trompes et les ligaments larges; le péritoine, dont les replis interposés transversalement forment des espèces de culs-de-sac à la cavité péritonéale, et enfin, au-dessous du péritoine, un tissu cellulaire assez lâche, des vaisseaux et des plexus nerveux : tel est l'ensemble des principaux organes contenus dans la cavité du bassin, et qui sont le siége de *signes* nombreux et de maladies locales très-diverses.

Les organes contenus dans le bassin peuvent d'abord, en se déplaçant ou se développant, envahir en haut la cavité abdominale. La vessie, lorsqu'elle est distendue par l'urine, l'utérus, lorsqu'il acquiert un volume assez considérable par une cause pathologique, une grossesse extra-utérine dans les dépendances de la matrice, le développement de l'ovaire, celui des tumeurs dont ces différents organes sont le siége, et enfin les tumeurs sanguines ou inflammatoires péri-utérines, se portent de préférence vers l'abdomen, où leur ampliation se fait avec

plus de facilité, la cavité du bassin étant en quelque sorte ouverte et même évasée de ce côté. — Dans l'intérieur du bassin, les organes subissent aussi des changements de position et de direction qui peuvent à eux seuls, pour l'utérus, par exemple, constituer des affections particulières (déviations utérines), mais qui souvent sont le résultat de refoulements et de pressions qui s'expliquent par des lésions voisines. Les déplacements d'organes, les tumeurs de l'intérieur du bassin, peuvent aussi venir faire saillie vers les ouvertures ou les conduits naturels, et surtout vers le vagin.

Les douleurs occupant les organes contenus dans le bassin, les symptômes fonctionnels qui peuvent s'y remarquer, les excrétions auxquelles l'urètre, le vagin et le rectum donnent passage, varient suivant l'organe malade, si la maladie est locale; mais ils peuvent aussi dépendre d'une affection générale ou éloignée.

Les *moyens d'exploration* des organes contenus dans le bassin sont nombreux. Dans la région sus-pubienne, que les organes intra-pelviens peuvent accidentellement envahir, on utilise l'*inspection*, la *palpation* ou pression, la *percussion*, et parfois l'*auscultation* (*Voy.* Hypogastre). Pour explorer plus profondément les organes, on ne peut y arriver que par les conduits naturels qui s'ouvrent inférieurement, et qui sont l'urètre, le vagin, le rectum. Les deux derniers permettent seuls l'introduction du doigt (toucher), ou d'un *spéculum*, qui est plus particulièrement employé pour le vagin. Le spéculum ne permet pas d'explorer au-delà des parois vaginales et du col utérin; il en est de même du toucher. Mais la *sonde utérine* va plus loin, puisqu'elle peut pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine. La *sonde vésicale* avec l'*endoscope* de Desormeaux sont les seuls moyens qui permettent d'explorer l'intérieur de la vessie.

Il est quelquefois nécessaire de combiner plusieurs de ces procédés en les employant simultanément : 1° le toucher vaginal ou rectal et la pression sus-pubienne; 2° les deux touchers, vaginal et rectal; 3° le cathétérisme vésical et le toucher par le rectum ou le vagin; 4° l'emploi du spéculum vaginal et de la sonde utérine.

On utilise l'ensemble des données de diagnostic qui viennent d'être simplement indiquées, pour déterminer la *localisation de la lésion* dans tel ou tel organe contenu dans le bassin. Quelle que soit cependant la précision des moyens explorateurs mis en usage de nos jours, il n'est pas toujours possible de déterminer le siége anatomique cherché. Cela est surtout vrai pour les parties situées au-delà de la zone qu'il est possible d'atteindre directement ou indirectement dans l'exploration, et qu'on ne peut ni voir, ni toucher, ni sonder. Dans certaines circonstances même, où cette investigation est aisée, il est parfois difficile de décider si un épanchement ou une tumeur occupent l'un ou l'autre organe, l'un ou l'autre tissu. C'est ce qui peut arriver pour leur localisation dans le ligament large ou l'ovaire, dans la cavité du péritoine ou le tissu cellulaire sous-séreux, etc. On peut dire qu'en général le bassin participe de l'abdomen pour les difficultés diagnostiques, qui résultent de la multiplicité des organes qui y sont contigus.

BATTEMENTS. — Les pulsations ou battements sensibles à la palpation au niveau du cœur ou des principaux troncs artériels, dans l'état sain, sont quelquefois visibles chez les individus très-maigres. L'exagération de ces battements du cœur ou des artères n'est pas très-rare dans les maladies, et c'est un signe qui, localisé dans une région, peut faire trop facilement croire à l'existence d'un anévrysme. Outre ces *battements vasculaires*, rhythmiques comme les battements de l'organe central de la circulation, il peut en exister d'irréguliers

dans les muscles volontaires. Ils sont constitués par des contractions apparentes et partielles des fibres musculaires. De plus, il y a des battements qui donnent à certaines douleurs un caractère pulsatif, et d'autres qui, sans être douloureux, annoncent quelquefois la suppuration d'une inflammation locale (*Voy*. CONVULSIONS (fibrillaires), POULS, PULSATIONS).

BAVE. — *Voy*. ÉCUME.

BELLADONE. — *Voy*. EMPOISONNEMENTS.

BÉRIBÉRI. — Depuis la publication de la première édition de cet ouvrage, où le béribéri était déclaré une affection encore mal connue, elle a été sérieusement étudiée et l'objet d'un important travail de Fonssagrives et de Le Roy de Méricourt (*Arch. de méd.*, 1861). Depuis cette publication, le docteur Jules Rochard (*Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, 1866, t. IV) et Le Roy de Méricourt surtout (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1868, t. IX) ont traité de nouveau la question à des points de vue différents. Nous empruntons les matériaux de cet article à la remarquable monographie de Le Roy de Méricourt, qui est la plus complète et la plus récente.

On se rend compte de la confusion qui pendant si longtemps a fait de l'histoire de cette maladie un véritable chaos, quand on voit combien sa physionomie est variable.

Observé d'abord par les médecins militaires anglais, puis par les chirurgiens de marine français et hollandais dans les dernières années, on avait cru longtemps le béribéri propre au climat de l'Inde orientale. Mais on l'a observé en mer sur des transports dans les Indes orientales et en Amérique. Malgré les recherches multipliées qui ont été faites, une foule de points restent cependant encore à élucider. On trouve en première ligne des obscurités à dissiper la question des limites précises de la maladie. Elle est distincte de l'affection dénommée *barbiers* pour Fonssagrives et Le Roy de Méricourt en 1861, ainsi que pour J. Rochard en 1866; mais les deux maladies n'en font plus qu'une en 1868 pour Le Roy de Méricourt, mieux éclairé par les travaux les plus récents, qui lui ont démontré qu'il s'agissait de deux formes d'une même maladie, due à une altération du sang.

1° *Eléments du diagnostic.* — Le début est brusque ou précédé de prodromes tels que l'*alanguissement*, de la *faiblesse*, des *douleurs vagues* dans les jambes, un sentiment de *constriction à la base de la poitrine*, un peu d'*anhélation* pendant la marche; quelquefois il y a des frissons et de la céphalalgie. Dans beaucoup de cas, l'invasion est brusque. L'*anasarque* est le principal symptôme du béribéri; elle débute par les extrémités, surtout par l'infiltration des malléoles, gagne le tronc, distend souvent énormément le scrotum, la face, le sternum, etc., et devient rapidement générale, sauf à la partie postérieure du tronc, qui est exempte d'infiltration. Les séreuses s'infiltrent, ce qui détermine une *dyspnée* qui augmente au moindre mouvement; il y a une *anxiété* et des *douleurs intolérables*, notamment à l'épigastre, qui font parfois pousser des *cris déchirants* au malade. — D'autres fois ce sont les troubles de la sensibilité et de la myotilité qui prédominent. Il y a de l'*anesthésie* de la peau des membres inférieurs, la *sensation du sol* n'est pas nette, il y a de la *faiblesse* et de l'*incoordination dans les mouvements* de ces membres (De Meijer). Il y a en même temps *hyperesthésie* des muscles, dont la moindre pression arrache des cris au patient, tandis que rarement la pression est douloureuse au niveau et dans le voisinage de l'épine vertébrale.

L'intelligence reste intacte, sauf lorsque survient un *coma* ultime, et le *sommeil est troublé* par les douleurs musculaires et articulaires et surtout par la

dyspnée. Il n'y a pas de fièvre, ni de troubles digestifs, si ce n'est quand la maladie est avancée; alors la *fièvre* et des *vomissements* répétés peuvent survenir. Les *urines* sont généralement rares, plus ou moins troubles, de couleur foncée; elles peuvent être supprimées. Quelquefois les urines sont claires, naturelles; tantôt elles sont *albumineuses*, et tantôt *ne contiennent pas d'albumine*. Il y a des observateurs qui n'en ont constaté dans aucun cas, ou qui n'en ont rencontré que des traces (Richaud).

2° *Inductions diagnostiques*. — Le béribéri qui débute par l'œdème ou l'anasarque et par la paralysie des extrémités inférieures ne saurait être méconnu dans les contrées où on l'observe, ou bien à bord des bâtiments qui transportent des coolies indiens et sur lesquels la maladie se déclare épidémiquement, comme on l'a vu en 1861 (Guy, Richaud). Mais lorsqu'une anasarque suraiguë est le caractère principal de la maladie et que les accidents paralytiques font défaut, on pourrait croire à une albuminurie aiguë. On s'était demandé déjà en effet, en l'absence de renseignements suffisants, si en pareil cas les urines n'étaient pas albumineuses. Il est reconnu aujourd'hui qu'elles ne le sont que dans un certain nombre de cas; l'absence de l'albumine dans l'urine, lorsqu'elle a lieu, suffit donc pour éloigner l'idée d'une maladie de Bright pour l'ensemble des faits. Lorsque l'albumine est constatée, ordinairement en petite quantité, on ne peut croire non plus à cette affection, attendu que, lorsque l'anasarque prédomine, le béribéri a une marche très-rapide, puisque la mort peut survenir en quelques heures; et de plus il y a une dyspnée rapidement considérable et une sensation extrêmement pénible de pesanteur et de constriction épigastrique qui donnent une physionomie toute particulière à la maladie. Il y a de plus, dans les cas graves, dans les membres inférieurs, des raideurs articulaires et des douleurs profondes, des engourdissements, des fourmillements, même en l'absence de véritable paralysie.

Mais il arrive que la maladie peut d'abord être caractérisée pendant plusieurs jours, non plus par l'anasarque, mais par les derniers phénomènes que je viens de rappeler. La marche est alors incertaine; il y a de la tristesse, de l'abattement, avec incapacité du travail et de l'exercice; il y a en même temps l'anesthésie cutanée et l'hyperesthésie musculaire que j'ai rappelée plus haut; les jambes défaillent sous le poids du corps, et bientôt à la paralysie se joint une atrophie des muscles des membres, du tronc, de la face, et la mort peut survenir par asphyxie. Au début de cette forme de la maladie, on croirait volontiers à une affection rhumatismale, mais bientôt l'enchaînement des accidents vient éclairer l'observateur. C'est à cet ensemble d'accidents paralytiques qu'on a appliqué le mot de *barbiers* comme désignant une maladie particulière, autre que le béribéri. Mais comme ces mêmes accidents se remarquent très-atténués ou très-franchement accusés avec l'anasarque et les autres symptômes du béribéri, il n'y a plus à douter que les deux affections ne doivent en faire qu'une seule.

Les éléments de diagnostic que fournissent les antécédents sont très-importants. — D'abord la *marche* du béribéri, lorsqu'elle est suraiguë, a par cela même une physionomie toute spéciale qui, dans les contrées où se rencontre cette maladie, ne permet plus de méconnaître cette dernière. Lorsqu'on voit les malades quelques jours après le début, les symptômes caractéristiques par leur groupement viennent donner la certitude au diagnostic, s'il n'a été que soupçonné d'abord. — L'*étiologie* fournit des éléments de conviction non moins précieux. D'abord la maladie est épidémique; et lorsqu'elle est déclarée et reconnue, les moindres indices éveillent l'attention au début de l'invasion des

cas nouveux. Il ne faut pas perdre de vue que c'est surtout après de longues traversées avec un régime insuffisant que la maladie se déclare. On a incriminé à tort l'usage trop exclusif du riz par les indigènes indiens. Le mal, qui respecte les équipages européens, atteint les matelots et les passagers de couleur qu'il décime cruellement, ce qui tient moins à la différence de race qu'à la différence de l'alimentation. Le béribéri est d'ailleurs très-rare chez les enfants, et les femmes n'en sont pas exemptes. Enfin, si j'ajoute que « les individus chétifs, épuisés par la nostalgie, les excès, les privations, sont les victimes privilégiées du béribéri, » j'aurai rappelé les données étiologiques utiles à signaler.

Le béribéri pourrait être facilement confondu avec l'anasarque aiguë et rapide due à la suppression brusque de la transpiration, si dans celle-ci on ne constatait pas l'albuminurie et l'absence des troubles de la sensibilité et des mouvements qui existent dans l'affection qui m'occupe. — Le *scorbut* qui s'accompagne d'œdème a, comme caractères propres, les pétéchies, les ecchymoses, les raideurs articulaires, les indurations par extravasations sanguines dans les muscles et le tissu cellulaire, l'état fongueux des gencives, les hémorrhagies par diverses voies. — Les hydropisies marenmatiques ont des antécédents qui sont caractéristiques, de même que la teinte spéciale de la peau, l'engorgement des viscères abdominaux, etc. La forme épidémique du béribéri l'empêchera facilement d'être pris pour un rhumatisme musculaire ou articulaire.

Les accidents paralytiques de la sensibilité ou du mouvement pourraient faire croire à une *méningite spinale* ou une *méningo-myélite,* si les particularités de ces accidents paralytiques du béribéri ne coïncidaient pas avec d'autres phénomènes caractéristiques. — Il en est de même de l'*atrophie musculaire progressive.*

Il faut beaucoup tenir compte des *formes* du béribéri pour le diagnostic, formes qui résultent du groupement différent des symptômes. La forme *hydropique,* dans laquelle domine une anasarque rapidement progressive, est toute différente de la forme *paralytique* pure, *atrophique,* où l'anarsaque fait défaut. Il y a aussi la forme *mixte,* caractérisée à la fois par l'anasarque et les troubles de la sensibilité et de la myotilité.

Enfin on ne doit pas oublier qu'il peut survenir, vers la fin de la maladie, des complications diverses qui rendent compte des lésions anatomiques variées qu'on a constatées après la mort.

3° *Pronostic.* — Il est généralement assez sérieux, quelle que soit la forme de la maladie. Il faut savoir qu'il peut survenir des exacerbations rapides, des rechutes imprévues. Les signes pronostiques les plus certains sont ceux tirés de la respiration ; le moindre accident de dyspnée doit inspirer de l'inquiétude. La sensation d'anxiété précordiale et la fréquence du pouls, surtout lorsqu'elle persiste malgré l'amendement des autres symptômes, ont une signification très-grave. Il en est de même de la persistance des mauvaises conditions hygiéniques. La mortalité peut être évaluée, d'après un nombre de plus de deux mille malades, au tiers environ.

BILE. — Je n'ai pas à examiner ici le rôle que joue la bile dans les maladies, rôle auquel les médecins anciens attachaient une importance hypothétique très-exagérée. Il est évident que si l'on s'en tient aux vérités démontrées, nous savons très-peu de chose sur l'influence pathogénique de la bile et même sur les altérations matérielles qu'elle peut subir. La concrétion de la bile en CALCULS, la coloration de la peau par la bile (ICTÈRE), et la présence de la bile dans les matières excrétées, sont les points que j'aurais à examiner, si je n'avais déjà

traité les deux premiers dans des articles particuliers. Il ne sera donc question ici que de la présence de la bile ou de ses éléments dans les liquides ou dans les matières qui sont rejetées hors de l'organisme.

1° *Caractères.* — La bile contenue dans les matières des vomissements est facilement reconnaissable à l'*amertume* qu'elle produit au moment de son passage dans la bouche du malade, et à sa *couleur,* qui varie du jaune au vert-bouteille ou au noir, au vert-pré, au vert-de-gris Dans les *déjections alvines*, que la bile colore en brun dans l'état normal, les matières bilieuses liquides peuvent être prédominantes et prendre une teinte verte ordinairement foncée, ou bien, en moindre quantité, donner une couleur jaunâtre aux déjections. L'absence de bile leur laisse la couleur du mastic de vitrier. Dans les *crachats*, on peut attribuer à tort à la bile une coloration jaune due à une petite quantité de matière colorante du sang (pneumonie). Dans le doute, il faut traiter les crachats, préalablement délayés dans un peu d'eau, par l'acide azotique, comme on le fait pour l'urine que l'on soupçonne contenir de la bile. Cette recherche de la bile dans l'urine est, en effet, très-utile au diagnostic, dans le cas, par exemple, où il existe une coloration ictérique de la peau tellement douteuse que l'on ne saurait se prononcer.

Dans ces différentes circonstances, l'acide azotique, ajouté goutte à goutte au liquide renfermant de la bile, fait prendre successivement, aux couches inférieures, une couleur *verte, bleue, rouge, jaune,* par une addition de plus en plus grande d'acide. On peut obtenir successivement la superposition , en ...es, de ces diverses colorations, la zone verte gagnant la partie supérieure, où elle est refoulée par les autres. Cela s'explique par la densité de l'acide azotique, par sa concentration plus grande vers le fond du tube qu'au-dessus. Lors-...un liquide contient une assez grande quantité de bile, il suffit d'y tremper un ...e pour que ce linge se colore en jaune. L'examen microscopique ne saurait ...d'une grande utilité pour reconnaitre la présence de la bile dans les liquides. ...onstatation de la cholestérine, qui pourrait la déceler, se rencontre, en effet, ... une foule d'autres liquides non bilieux de l'économie ; seulement elle est ...abondante dans la bile, considérée par le docteur Flint comme le liquide ...ementitiel de la cholestérine (*Voy.* CHOLESTÉRÉMIE). C'est un corps cristal-...isé en écailles brillantes, composé de lames rhomboïdales caractéristiques au microscope (*Voy.* URINES).

...*Conditions pathologiques.* — Dans le cours d'un certain nombre de mala-... la bile s'écoule avec excès dans l'intestin, sans que cette hypersécrétion ...e s'expliquer dans son principe, à moins que ce ne soit à la fin d'une coli-...hépatique due à un calcul qui a passé dans l'intestin, et qui a cessé par con-...t d'obstruer les voies biliaires. D'autres fois, au contraire, au lieu de ...ler par ses voies naturelles, la bile est entraînée en totalité ou en partie ...le torrent circulatoire, soit par suite d'obstacles mécaniques bien déterminés ...oies biliaires, soit par des causes dont l'action nous est mal connue. C'est ...énétration de la bile dans le sang que les anciens ont fait jouer à tort un si ...l rôle dans les maladies dites bilieuses; et l'on a décrit, sous le nom de ...mie, une affection du sang qui résulterait de ce mélange insolite. Mais la ...é de cette affection est loin d'être, dans tous les cas, suffisamment justifiée. ...le, ou plutôt seulement sa matière colorante, ainsi entraînée, se montre sous ...onjonctive et sous l'épiderme, en leur donnant une couleur *ictérique* plus ou ...s prononcée ; d'un autre côté, l'urine charrie alors la matière colorante de ... bile déviée, qui se retrouve aussi dans différentes excrétions. Enfin on ...ait mieux que pour toute autre affection bilieuse, les phénomènes que pro-

duisent les concrétions ou calculs biliaires, surtout lorsqu'ils émigrent vers l'intestin.

3° La *signification* de la présence de la bile sous l'épiderme ou dans les matières excrétées est donc assez obscure dans son origine. Néanmoins, dans un bon nombre de cas, il est assez facile de remonter à l'existence de l'affection qui en est le point de départ (*Voy.* BILIEUSE [FIÈVRE], ICTÈRE, URINE). Mélangée au pus d'un abcès plus ou moins rapproché de l'hypochondre droit, la bile révèle le siége de la lésion existant dans l'appareil biliaire.

BILIAIRES (Voies). — Les conduits biliaires, hépatique, cystique et cholédoque, et le réservoir qui leur est annexé (vésicule), sont trop profondément situés, à la partie inférieure du foie, pour être accessibles, dans l'état sain, à l'exploration. Mais il peut arriver que, par suite de lésions particulières des voies biliaires, la vésicule, prenant un développement plus ou moins considérable vers l'abdomen et débordant les fausses côtes, vienne en quelque sorte s'offrir à l'exploration.

1° Les *maladies* des voies biliaires sont assez nombreuses. Les CALCULS, qui sont souvent latents, constituent la lésion locale la plus fréquente des voies biliaires; ils donnent lieu à la COLIQUE HÉPATIQUE, dans presque tous les cas où celle-ci se manifeste. Les autres affections biliaires sont : la colique hépatique due à la pénétration de lombrics dans les conduits biliaires, l'inflammation de ces conduits, celle de la vésicule (CHOLÉCYSTITE), la RÉTENTION DE LA BILE par suite d'obstacle dans le canal hépatique, cholédoque ou cystique, et d'où résulte, dans les deux derniers cas, et surtout dans le cas d'oblitération du canal cystique, l'HYDROPISIE DE LA VÉSICULE.

2° Parmi les *symptômes* ou *signes* des affections des voies biliaires, il en est, tels que des *douleurs* plus ou moins vives vers l'hypochondre droit, l'*ictère*, les *vomissements*, qui ne sont nullement pathognomoniques, pris isolément. Ces symptômes acquièrent de l'importance par leur ensemble, leur succession et leur marche, mais surtout par leur coïncidence avec d'autres signes particuliers d'une plus grande valeur, qui rendent très-probable, ou mettent hors de doute, l'existence des lésions des voies biliaires. Ces derniers signes sont : la *décoloration des matières fécales*, résultant de l'obstruction des voies biliaires qui ne donnent plus momentanément passage à la bile; la présence, dans les excrétions intestinales, de *calculs biliaires;* et, par-dessus tout, le *développement de la vésicule* vers l'abdomen.

3° A la vésicule ainsi développée peuvent seulement s'appliquer les *moyens d'exploration* physique. Ce développement de la vésicule peut constituer, en effet, une *rénitence* plus ou moins étendue au-dessous du rebord des fausses côtes, sur le trajet d'une verticale abaissée du mamelon, et ainsi devenir sensible à la palpation et à d'autres moyens explorateurs. — La palpation est quelquefois plus ou moins douloureuse; elle fait percevoir, dans des cas exceptionnels, la sensation de *collision de corps durs* frottant les uns contre les autres, collision qui peut être entendue à l'aide du *stéthoscope*. Martin Solon a constaté le *bruit de collision* en saisissant la vésicule distendue, et en faisant faire au malade trois ou quatre efforts expulsifs en contractant le diaphragme (*Bulletin de thérap.*, avril 1849). — La *percussion* permet ordinairement de limiter la tumeur formée par la vésicule à l'aide de la *matité* qu'elle fournit, et à laquelle se joint une sensation de résistance. Cette matité se confond supérieurement avec celle du foie, et sa limite inférieure, arrondie, forme une convexité inférieure qui peut, avec le temps, descendre jusque dans la fosse iliaque. Dans les cas de grand développement de la poche biliaire, on peut y percevoir une *fluc-*

ation manifeste par la palpation et la percussion, et lorsque l'affection est s-ancienne, il est quelquefois possible, par une large pression, de faire refluer liquide dans l'intestin, lorsque les conduits biliaires sont redevenus libres. nsertion de la tumeur sous les fausses côtes droites, et ses limites inférieures ondies, sont de très-bons caractères distinctifs.

BILIEUSE (Fièvre). — Il est peu de questions aussi obscures que la disction des maladies fébriles des pays intertropicaux. La puissance de la chaleur de l'humidité sur les produits d'une végétation luxuriante engendre à profun dans ces contrées des miasmes végétaux ou palustres qui ont été considérés mme la cause de toutes les fièvres qui y règnent. Fièvres *intermittentes sim-s ou pernicieuses*, à physionomies très-complexes, fièvres *rémittentes, connes* ou *sub-continues*, fièvre dite *rémittente bilieuse*, fièvre *ictérique*, fièvre *une*, toutes ont été envisagées comme des maladies de nature miasmatique.

La fièvre dite bilieuse des pays intertropicaux, qui est une maladie peu fréente, se dégage-t-elle de cet ensemble de pyrexies par des caractères suffisamnt précis, pour qu'on ne la considère pas comme une simple variété de fièvre udéenne avec symptômes bilieux? Les avis des médecins qui ont observé dans climats sont partagés. On peut dire, avec Dutroulau, auteur d'intéressants moires sur cette affection (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII; *Annales d'hygiène*, 53, t. X, p. 5, 241, et *Traité des maladies des Européens dans les pays auds*), qu'il n'est pas une question qui concerne cette maladie qui ne soit ntroversée. Cependant elle est généralement admise comme espèce particure de fièvre.

1° *Éléments du diagnostic*. — Pour bien comprendre la symptomatologie de fièvre bilieuse, appelée aussi *fièvre bilieuse hématurique, accès pernicieux une, accès jaune, fièvre jaune des acclimatés et des créoles*, etc., et dont troulau a donné une bonne description, il faut, avant tout, tenir compte de deux formes principales : la fièvre bilieuse intermittente ou rémittente, et la vre bilieuse continue.

La forme *intermittente ou rémittente*, qui s'observe plus souvent à Madacar que dans les autres climats, est quelquefois précédée de prodromes ou accès simples de fièvre paludéenne (Gélineau). Elle débute par le stade de *isson*, pendant lequel se montrent les symptômes bilieux : l'*ictère* souvent trèsononcé, les *vomissements*, puis les *selles* bilieuses, composées d'un liquide une ou d'un vert d'arséniate de cuivre; les *urines* ayant la couleur caractérisque du vin de Malaga, ou même celle de l'encre, ce qui est dû à des quantités nsidérables de sang, qu'on isole par le repos et la décantation, ou bien à de bile seule (Daullé). Pendant ce stade de frisson, le malade est inquiet, agité, face est presque cadavéreuse, et sa respiration saccadée et suspirieuse. — Avec le stade de chaleur, l'anxiété augmente, la respiration fébrile est considéable, et les excrétions deviennent plus douloureuses et plus colorées. — Enfin le stade de sueur apparaît; la *transpiration* est abondante et colore les draps en jaune, d'après quelques observateurs; tous les symptômes de la fièvre, les vomissements et les selles cessent, les urines deviennent limpides, l'ictère seul persiste.

Après une courte apyrexie complète ou seulement une rémittence, il survient un second accès et rarement un troisième, qui sont très-fréquemment suivis de guérison. Mais il y a des cas plus graves, dans lesquels les phénomènes fébriles se prolongent, s'accompagnent de *délire*, de *vomissements incessants*, de *pétéchies* et de *sudamina* confluents, d'anxiété, de *hoquet*, de *coma*, de fréquence et de petitesse du pouls, suivis de mort du cinquième au septième jour.

Dans la *forme continue* de la fièvre bilieuse, plus particulière aux Antill et qui a reçu à la Pointe-à-Pître le nom de *bilieuse hématurique*, c'est par u période de fièvre inflammatoire, s'accompagnant d'ictère, que débute la maladi puis surviennent les *phénomènes de l'état bilieux*, complets, mais moins a centués. La bile semble concentrer son action sur le sang, et déterminer d accidents plus graves d'*hémorrhagie* et d'*ataxo-adynamie;* on dirait d'un e poisonnement (Dutroulau).

2° *Inductions diagnostiques.* — Les caractères qui peuvent établir l'indi dualité pathologique de cette fièvre ne sont pas tellement précis qu'il soit to jours facile de distinguer cette maladie des autres affections bilieuses, à moi qu'elle ne se présente avec l'ensemble de ses signes fondamentaux tels que je l ai exposés : fièvre à type intermittent, rémittent ou continu, avec abondance couleur verte des vomissements et des selles, altération des urines, surt lorsqu'elles sont sanglantes, ictère intense, troubles de la respiration, et grav croissante pendant l'accès, s'il y a intermittence.

Malgré le soin avec lequel Dutroulau cherche à élucider la question, on forcé de reconnaître tout ce qu'il y a encore d'indéterminé dans le diagnos différentiel qu'il s'efforce d'établir entre la fièvre bilieuse grave et les *maladi bilieuses autres que les fièvres,* les *fièvres à symptômes bilieux,* la *fièv jaune*, la *fièvre rémittente* ou grande endémique des pays chauds des médeci anglais ou américains.

D'abord, parmi les affections bilieuses autres que les fièvres, on peut a mettre que les maladies locales ou localisées, et compliquées d'un état bilie simple ou grave, comme la pneumonie, l'érysipèle, etc., se distingueront facil ment de la fièvre bilieuse endémique des contrées torrides. Mais en sera-t-il même de l'*hépatite* fébrile et de l'*abcès du foie* de ces mêmes contrées, l'*ictère grave,* de la *dyssenterie fébrile* à forme bilieuse? C'est ce que l'on saurait dire encore, faute de documents suffisants, les données connues n'éta nullement concluantes.

Dutroulau insiste sur la bénignité des *fièvres* simples, paludéennes ou n paludéennes, avec *symptômes bilieux,* et propres à tous les climats, pour l distinguer de la fièvre bilieuse, dont le degré le plus simple est toujours pl grave. Mais est-ce bien là une distinction suffisante? Je ne le pense pas. Il m semble même que l'on doit, d'après la manière de voir de notre savant confrèr considérer l'ensemble de ces maladies, dans tous les pays, comme une seu espèce nosologique, avec des degrés variables d'intensité. De part et d'autre, effet, on peut rencontrer les mêmes conditions essentielles de la fièvre bilieus suivant Dutroulau : les influences paludiques et météoriques réunies.

L'incertitude est plus grande encore lorsque l'on compare à la *fièvre jau* la fièvre bilieuse, et principalement sa forme continue, avec hémorrhagies troubles cérébraux. Ce qui démontre cette incertitude, c'est que, pour exprim le rapport qui existe entre les deux fièvres, on a considéré la fièvre bilieu comme l'exagération de la fièvre jaune. Chacune, dit-on, a sa géographie et topographie propres; cela est vrai si l'on considère les cas nettement caract risés de part et d'autre; mais les faits intermédiaires échappent nécessaireme à la distinction classique des deux maladies, et ce sont ces faits nombre qui font douter le praticien et que les travaux connus n'élucident pas. Que ques observateurs disent avoir constaté dans la fièvre bilieuse le véritable v missement noir de la fièvre jaune. Mais je dois rappeler que la couleur de bile pure peut prendre cette teinte trompeuse; on doit donc imiter Dutroula qui dit avoir toujours eu le soin d'examiner la couleur que le liquide comm

é au linge. Jamais il n'a ainsi constaté la présence du sang dans les matières omissement. On a encore signalé, comme caractère distinctif de la fièvre ise et de la fièvre jaune, que la première atteint les créoles, ce qui lui donner le nom de *fièvre jaune des acclimatés et des créoles*, tandis que conde, la véritable fièvre jaune, n'attaque que les Européens (*Voy.* JAUNE vre).

uant à la *fièvre rémittente* ou *grande endémique* des pays chauds des ecins anglais ou américains, elle est, comme la rémittente de nos médecins gérie, une fièvre paludéenne complexe, parmi les variétés de laquelle se e la fièvre bilieuse, mais qui ne serait pas toujours la fièvre dite bilieuse.

ans les foyers de fièvres endémiques, il sera cependant facile de recon- e les fièvres bilieuses à type intermittent, rémittent ou continu, à l'abon- e et à la couleur verte des vomissements et des selles, à l'altération des es, surtout lorsqu'elles sont sanglantes, à l'intensité de l'ictère, aux troubles a respiration et à la gravité croissante pendant l'accès, s'il y a intermittence. insi, tandis qu'il sera ordinairement facile de reconnaître la fièvre bilieuse s les foyers de fièvres endémiques des climats chauds, lorsqu'elle présentera emble de ces caractères, on rencontrera, dans le cas contraire, de sérieuses cultés pour dégager la fièvre bilieuse des maladies variées qui ont des rap- s avec elle : grande lacune à combler par des observations rigoureuses, qui, qu'à présent, sont trop peu nombreuses pour la solution de ce difficile blème.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'existence de la fièvre bilieuse peut nettement être tatée, d'autres questions de diagnostic surgissent et restent à résoudre, tivement à la forme, au degré d'intensité, aux lésions et aux complications la maladie.

Le type intermittent, rémittent ou continu est d'autant plus essentiel à consta- , que la forme intermittente offre ordinairement une bénignité qui contraste c la gravité de la forme continue, dans laquelle ont été seulement rencontrés phénomènes dits ataxo-adynamiques. Cependant il faut tenir compte d'une constance aggravante qui peut se présenter, même dans la forme intermit- te ; ce sont les *récidives* ordinairement de plus en plus graves qui surviennent suite d'une résidence prolongée dans le pays où la maladie a été contractée, qui se montrent même après qu'on l'a abandonné. — Quant aux *lésions*, t en admettant que l'hépatite est fort distincte de la fièvre bilieuse, il n'en pas moins rechercher, autant que le permettent nos moyens d'investigation, cet organe est lésé. Si l'on admet, avec Lebeau, que la vésicule et les conduits liaires ont leur muqueuse enflammée, cet état local ne pourra-t-il pas donner aux mêmes signes que certaines hépatites ? C'est ce qui paraît probable. question plus facile à décider au lit du malade est celle de l'augmentation volume de la rate, qui serait notée, suivant Dutroulau, dans toutes les des- tions, dans tous les faits particuliers connus, et qui démontre la nature palu- enne de la maladie. — Les *complications* sont très-peu nombreuses. Dutrou- a rencontré dans un cas la *suppuration des reins*, et plusieurs fois une itable *cachexie bilieuse* chez des sujets soumis depuis longtemps à des ques de fièvre bilieuse. Ils conservaient, dans l'intervalle des attaques, re, des mouvements fébriles irréguliers, une douleur sourde dans l'hypo- ndre droit, avec augmentation de volume du foie, accumulation de sérosité s le péritoine, et chloro-anémie caractéristique de la cachexie paludéenne. vent, on le voit, les signes de cette dernière cachexie liée à des signes qui semblent bien à ceux d'une hépatite chronique.

3° *Pronostic.* — Pour formuler le pronostic de la fièvre bilieuse des pays torrides, il ne faut pas avoir égard à l'épithète *grave* qui lui a été donnée, car le plus souvent la forme intermittente, ainsi que nous l'avons rappelé, guérit après quelques accès. Le danger, dans cette variété, ne peut être que dans la répétition des récidives des attaques, qui sont composées de plusieurs accès; car certains observateurs n'ont vu la mort survenir qu'à la suite de ces récidives. La forme rémittente, et surtout la forme continue, menacent plus souvent la vie que la forme intermittente. La mort est alors précédée ordinairement de coma, considéré comme un phénomène toujours funeste, ou d'accidents ataxo-adynamiques (prostration, délire, convulsions). Plus l'ictère serait franc et prononcé, plus le pronostic serait favorable, suivant Lebeau.

BILIEUX (État). — On a ainsi désigné un ensemble de phénomènes attribués à la surabondance de la bile dans l'économie, et dont la fièvre bilieuse grave des pays chauds est l'expression la plus accentuée (*Voy.* le précédent article), tandis que l'EMBARRAS GASTRIQUE dit bilieux en offre le degré le moins prononcé. La teinte jaunâtre de la peau au pourtour des lèvres, vers les ailes du nez, au niveau des sclérotiques, ou l'ictère plus ou moins accusé, l'enduit bilieux de la langue, des nausées ou des vomissements de matières bilieuses, et des déjections liquides de nature semblable : tels sont les signes les plus manifestes de l'état si vaguement dénommé *bilieux* en pathologie. L'état bilieux du sang a été appelé cholémie.

BLENNORRHAGIE. — Cette affection est aiguë ou chronique. Il va être question en premier lieu de la blennorrhagie aiguë, d'abord chez l'homme, puis chez la femme.

I. Blennorrhagie aiguë.

A. CHEZ L'HOMME. — De l'aveu des auteurs les plus autorisés, il n'est pas possible de distinguer, au lit du malade, la blennorrhagie vénérienne de celle qui ne l'est pas. Je n'ai donc pas à établir de division pour les examiner séparément.

1° *Éléments du diagnostic.* — Le plus souvent les symptômes sont exclusivement locaux; car ce n'est que par exception qu'il existe du *malaise* ou des *frissons* au début, et, plus tard, de véritables *symptômes fébriles*. L'*écoulement* est le premier indice de la maladie, qui se caractérise en outre par un léger *prurit* au niveau du méat urinaire, puis par une véritable *douleur*. L'intensité de cette douleur est proportionnée à celle de la maladie, douleur provoquée ou exaspérée toujours par la *miction*, les *érections*, l'*éjaculation*, et parfois alors excessive, insupportable, le plus souvent bornée à l'extrémité de la verge (fosse naviculaire), et parfois s'étendant plus profondément, gagnant le *périnée*, où la pression l'exaspère, les *testicules*, les *parois abdominales* et les *cuisses*. La *matière de l'écoulement*, qui ne constitue quelquefois qu'un simple suintement, est ordinairement plus ou moins abondante ; d'abord transparente et filante (mucus), elle devient successivement louche, blanchâtre, opaque (muco-pus) et, après le huitième jour, jaune, puis verdâtre, quelquefois sanieuse et contenant un peu de sang; elle a une *odeur* fade, parfois fétide, et produit sur le linge des *taches* d'un aspect en rapport avec ses différentes colorations.

L'exploration des parties fournit, outre la matière de l'écoulement, d'autres données utiles au diagnostic : rougeurs des bords du méat, quelquefois excoriation (Hunter), inflammation du gland, et même abcès sur les côtés du frein; dans les cas intenses, l'urètre est dur, résistant, très-douloureux au toucher, donnant passage à un jet d'urine mince, parfois brisé par suite du gonflement de la muqueuse urétrale.

2° *Inductions diagnostiques.* — La douleur et l'écoulement sont les deux ...es essentielles du diagnostic ; et elles suffiraient à la rigueur, s'il ne s'agis... que d'établir l'existence de la blennorrhagie. Mais le problème à résoudre ... plus complexe.

On a dit qu'il n'existait aucun moyen de reconnaître si la blennorrhagie est ou ... virulente. Cela doit s'entendre des caractères locaux et actuels de l'affection; ... si l'on recherche les commémoratifs avec soin, on peut arriver quelquefois à ...cher la maladie à une cause autre qu'un coït infectant. Je me hâte d'ajouter ...e sont les cas les plus rares; ils sont exceptionnels même, en sorte que la ...ence de la contamination doit toujours faire soupçonner une origine virulente ... blennorrhagie, et n'admettre qu'avec la plus grande réserve la blennorrha... non virulente, lorsque l'existence d'un coït suspect est niée par le malade. ... admis, comme cause de la blennorrhagie non virulente : l'existence des ... au moment du coït (Biday), comme on le verra plus loin; le séjour d'une ... ou de tout autre *corps étranger* dans l'urètre; des *violences extérieures*, ... *rhumatismal* ou *arthritique*, une influence *catarrhale* épidémique, le ..., une affection *herpétique* des parties génitales (Lallemand), une *exci... permanente* de ces organes ; l'usage de *liqueurs en fermentation*, ... que le cidre, le vin nouveau, la bière surtout. On a été enfin jusqu'à accuser ...ras gastrique, la constipation, la continence, la dentition des enfants, et ... celle des dents de sagesse chez les jeunes gens, influences qui sont toutes ...roblématiques. Il est clair que les causes externes seules sont assez posi... pour être d'une franche utilité au diagnostic.

... ne pourrait confondre l'écoulement de l'urétrite ou de la blennorrhagie ...ec la *balanite*, dans laquelle la matière provient, non du canal de l'urètre, ... de la muqueuse du gland et du prépuce, ce dont il est facile de s'assurer. ...faut pas oublier toutefois que la balanite peut compliquer les blennorrhagies ... certaine intensité ; mais alors le doute de l'existence de la blennorrhagie ...rait exister, et il suffira de presser le canal de l'urètre, en poussant vers ..., pour en faire sourdre la matière blennorrhagique.

...rès avoir déterminé l'existence de la blennorrhagie d'après les données ...demment rappelées, il faut en établir en même temps : son degré d'inten... son siége au niveau de la fosse naviculaire (cas le plus fréquent), ou dans ... plus grande étendue de l'urètre ; sa forme ; ses lésions, et enfin ses compli...

... *degré* d'intensité de la blennorrhagie dépend de l'acuité et de l'extension ... ou moins grande de la douleur et de l'inflammation, qui s'observent à la ...de d'augment de la maladie, c'est-à-dire pendant les six à huit premiers ... Lorsqu'il existe une incurvation de la verge en arrière pendant les érec... qui sont très-douloureuses (*chaudepisse cordée*), c'est que l'inflammation ... étendue à toute l'épaisseur de la verge.

...ant aux *formes* de l'affection, il en a été admis un grand nombre. Les ..., basées sur l'intensité ou la prédominance de certains phénomènes sympto...ques, se révèlent d'elles-mêmes. Il en est d'autres, fondées sur les causes ...culières de la blennorrhagie, causes dont l'influence douteuse n'a pu être ...trée. C'est ainsi que l'on a voulu établir des formes *rhumatismale*, ...tique, *scorbutique*. Certains auteurs ont aussi admis, avec Swédiaur, une ...orrhagie *sèche* ; mais cette distinction n'a pas été généralement acceptée. ... a décrit sous le nom d'*urétrorrhée* un écoulement bénin et cependant ...temps persistant, qui différerait de la blennorrhagie virulente par l'absence ... douleur même pendant l'érection, par le peu d'abondance de l'écoulement,

par son aspect opalin, sans globules purulents, écoulement qui serait dû à la copulation avec une femme ayant ses menstrues (*Arch. de méd.*, 1861, t. XVIII).

Il serait très-important pour le diagnostic de pouvoir établir l'existence ou l'absence dans le canal de l'urètre d'une lésion à laquelle on a fait jouer un rôle capital : je veux parler du *chancre*. Le plus souvent, lorsqu'il existe, le chancre est latent ; et l'on ne saurait alors être plus autorisé à l'admettre comme larvé, qu'à le rejeter comme n'existant pas. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on peut conclure à l'existence d'un chancre, lorsque, par exemple, on constate les signes suivants indiqués par Lagneau : un *noyau d'engorgement* senti au dehors par le doigt au niveau du canal, un écoulement de *pus strié de sang* et une *douleur* qui est plus forte, au niveau de la lésion, au moment de l'émission de l'urine ou de l'introduction d'une bougie dans l'urètre.

Les *complications* de la blennorrhagie chez l'homme sont variées et nombreuses; aussi ne doivent-elles pas être perdues de vue. Il en est qui résultent de la propagation de l'inflammation dans les voies urinaires profondes vers la vessie, les uretères, les reins, ou vers les testicules (par les canaux déférents); ce sont la *cystite*, la *pyélite*, la *néphrite*, et enfin l'*orchite* qui, en indurant l'épididyme, peut occasionner la STÉRILITÉ. D'autres complications, également inflammatoires, sont les *bubons*, au nombre d'un ou de deux, et qui se terminent quelquefois par une suppuration difficile à tarir, l'*arthrite*, l'*ophthalmie*, et, suivant Lagneau, l'inflammation des muqueuses du *conduit auditif* externe, des *fosses nasales*, du *larynx* et même des *bronches*. Toutes ces affections prennent alors la dénomination de *blennorrhagiques* de la cause qui les produit. Cependant on a dénié cette qualification à certaines complications. Le docteur Brander, de Copenhague, par exemple, considère l'arthrite comme l'effet d'un rhumatisme simplement concomitant, et ne se développant que chez les sujets qui ont été déjà affectés de cette maladie. Des complications plus rares sont : des *accès fébriles intermittents*, assez souvent pernicieux dans d'autres affections urinaires ; la *gangrène de la verge*, observée dans le cours d'une fièvre typhoïde chez un sujet affecté aussi de blennorrhagie ; des *abcès du périnée*, et enfin la *phlébite de la veine dorsale de la verge*. Dans ce dernier cas, le dos de la verge, à la fin de la première période de la blennorrhagie, présente, vers le pubis, une tuméfaction inflammatoire considérable, dure et avoisinée par des vaisseaux veineux, sinueux et résistants, qui s'étendent jusque vers le prépuce ; en même temps, l'érection porte la verge redressée fortement en arrière. Cette complication singulière n'est pas grave, et, suivant Nélaton et Valleix, elle se termine assez rapidement par résolution, en rendant toutefois l'érection anomale pendant un temps assez long. Mais la terminaison par résolution n'est pas constante; car j'ai observé un fait de cette espèce, dans lequel l'inflammation de la veine dorsale, qui formait un cylindre volumineux et dur, se compliqua d'un abcès vers la racine de la verge, et guérit d'ailleurs assez rapidement après la ponction de la collection purulente.

Enfin je dois rappeler comme *phénomènes consécutifs* de la blennorrhagie, d'abord des douleurs très-vives qui peuvent survenir au niveau du canal de l'urètre, et qui ont été particulièrement signalées par Vidal (de Cassis). ont été désignées, par quelques auteurs, sous les noms de *névralgie de l'urètre* ou *urétralgie*, et sont parfois assez rebelles. Les *pertes séminales involontaires* et surtout les *rétrécissements* du canal de l'urètre, sont rarement conséquences de la blennorrhagie.

L'infection syphilitique peut-elle être une conséquence, une complication de

blennorrhagie, indépendamment de toute autre lésion vénérienne? On sait que cette question divise en deux camps les syphiliographes, et que, pour Ricord et les partisans de ses doctrines, les blennorrhagies avec chancre manifeste ou larvé sont les seules susceptibles d'être suivies d'infection générale. Cette manière de voir a des adversaires nombreux.

3° *Pronostic.* — La blennorrhagie de l'homme est loin d'être grave, dans l'immense majorité des *cas*; elle ne saurait le devenir que par les complications qui peuvent survenir. Mais ce qu'il faut prévoir, pour en prévenir les malades, ce sont les *recrudescences* ou les *récidives* qui se montrent à la suite d'imprudences, et notamment d'écarts de régime ou d'abus prématuré du coït.

B. Blennorrhagie aigue chez la femme. — Quoique la blennorrhagie chez la femme occupe des parties accessibles à l'exploration, le plus souvent le vagin, et moins fréquemment la vulve, l'utérus et l'urètre, il est plus difficile chez la femme que chez l'homme de distinguer, aux signes actuels, qu'il s'agit d'une véritable blennorrhagie.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes les plus ordinaires de la blennorrhagie, chez la femme, sont la douleur et surtout l'écoulement. La *douleur*, qui est légère, se montre parfois seulement pendant la miction; l'*écoulement* est d'abord clair, puis épais, opalin, opaque, etc., comme chez l'homme, et devient, dans certains cas, très-abondant. On constate par l'exploration, d'abord de larges *taches*, comme empesées, à la partie postérieure de la chemise de la malade; puis en écartant les lèvres de la vulve, on voit la *matière de l'écoulement* à l'orifice du vagin. La *vulve* est rouge, tuméfiée; le *toucher* et surtout l'application du *spéculum* sont très-douloureux et parfois même impossibles en raison de l'intensité de la douleur. L'introduction du spéculum montre, suivant Ricord, la muqueuse du vagin et du col de la matrice couverte de *papules* ou de *follicules* développés, constituant une vaginite ou utéro-vaginite papuleuse, une *psorélytrie* : tantôt sous forme de petites *taches* de la grosseur d'une tête d'épingle, plus ou moins nombreuses, tantôt sous forme de *granulations* privées en quelque sorte d'épithélium, et ressemblant à des bourgeons charnus, tantôt enfin pouvant passer à l'état de véritables *végétations*. Quelquefois les mêmes parties offrent des *plaques*, de grandeur variable, semblables à des surfaces de vésicatoire en pleine suppuration, d'autres fois une éruption d'*herpès* phlycténoïde, des *ulcérations*. Des ulcérations non syphilitiques peuvent exister aussi au niveau de la fosse naviculaire de la vulve.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'écoulement blennorrhagique et les sensations douloureuses qui coïncident avec lui, ne laissent aucun doute sur l'existence de la maladie, lorsque l'examen des parties génitales y fait découvrir les signes inflammatoires qui caractérisent la vaginite, et qui ont été rappelés plus haut. Mais le point essentiel, comme chez l'homme, est de remonter à la cause virulente ou non virulente de la blennorrhagie; or, chez la femme, la difficulté d'établir ce point de diagnostic est plus grande encore. Toutes les *excitations prononcées du vagin* peuvent, en effet, produire une vaginite non virulente. C'est ainsi qu'agissent la masturbation, les excès de coït, les premières approches conjugales, le viol, l'introduction dans le vagin d'un pénis trop volumineux ou de corps étrangers, certains pessaires, des dartres des parties génitales, etc. La seconde dentition et les oxyures, chez les petites filles, ont été considérés aussi comme des causes de vaginite. Deville a signalé également, comme assez fréquente dans la grossesse, une VAGINITE granuleuse particulière; et enfin Lormach a observé la vaginite simple comme complication fréquente dans le cours d'une épidémie scarlatineuse. Il serait d'autant plus important de bien

établir si l'une de ces causes doit être considérée comme l'origine de la maladie, que l'on est forcé d'admettre que la blennorrhagie virulente et la non virulente peuvent affecter exactement les mêmes formes chez la femme. La vaginite véritablement virulente ne suit pas ordinairement, comme chez l'homme, une marche très-aiguë à son début; les symptômes en sont au contraire peu intenses dans presque tous les cas : nouveau motif de difficultés pour distinguer l'écoulement blennorrhagique des autres écoulements vaginaux. La coïncidence de véritables chancres contractés par la femme et communiqués par elle à un autre homme, est le seul élément valable de diagnostic, ainsi que la concomitance d'autres accidents vénériens bien manifestes.

En dehors de ces conditions, on ne peut arriver qu'à des probabilités, puisque l'on admet, par exemple, qu'un homme peut contracter une urétrite d'une femme atteinte de simple leucorrhée. C'est surtout lorsque, un écoulement vaginal non vénérien existant déjà, une véritable blennorrhagie est contractée par la femme, que le diagnostic est difficile. On a bien dit que, dans ce cas, il y avait suspension de l'écoulement au début de la blennnorrhagie, puis changement d'aspect de la matière qui s'écoule de nouveau, mais ce sont des particularités difficiles à constater; et d'ailleurs il peut n'y avoir, lorsque se développe la blennorrhagie, qu'une légère aggravation des symptômes déjà existants, fort insuffisante assurément pour éclairer le praticien. Enfin la question se trouve encore compliquée par le mauvais vouloir de la femme, lorsqu'elle veut dissimuler, non-seulement la nature vénérienne de son affection, mais encore l'écoulement lui-même, soit en niant des antécédents suspects, soit en faisant disparaître la matière de l'écoulement par des injections et des lavages multipliés. Dans les faits de ce genre, si le doigt, introduit dans le vagin, puis retiré en comprimant de bas en haut en même temps, fait sortir du canal de l'urètre une gouttelette de matière puriforme, on peut se prononcer pour l'existence de la blennorrhagie, lorsque l'écoulement a été jusque-là douteux ou dissimulé. Cependant il y aura du doute sur l'existence de la blennorrhagie, même dans cette circonstance, pour ceux qui, avec Melchior Robert, nient la blennorrhagie urétrale chez la femme, en n'y voyant qu'une simple folliculite (*Voy.* VULVITE).

Admettons que, malgré ces difficultés, la blennorrhagie soit reconnue, comme cela arrive dans les circonstances les plus favorables, il faut compléter le diagnostic en constatant son siége, sa forme, ses complications. Je dois faire observer que les différentes formes de l'affection résultent précisément du siége occupé par la maladie locale, et qu'elles peuvent toutes exister, soit isolément, soit simultanément.

La *forme* la plus fréquente est la blennorrhagie *vaginale*, pour laquelle il importe d'avoir recours au toucher et au spéculum; car quelquefois ce n'est que la partie la plus profonde du vagin qui est affectée. C'est dans cette forme de blennorrhagie que l'abondance de l'écoulement est surtout remarquable, et que la matière, devenue puriforme, peut avoir une odeur forte et nauséabonde. — Lorsque la blennorrhagie affecte la vulve (*vulvite*), les grandes lèvres sont tuméfiées et fréquemment le siége d'érosions; la douleur est intense, accompagnée de cuissons parfois très-vives au moment du passage de l'urine sur les parties enflammées, et la miction elle-même s'accompagne de douleurs dans le canal de l'urètre, qui le plus souvent est lui-même enflammé. — Ce n'est que dans des cas rares que l'*urétrite* caractérise seule la blennorrhagie chez la femme. La rougeur et la tuméfaction du méat, la douleur vive en urinant et le suintement d'un peu de matière puriforme par la pression dans le vagin, comme je l'ai dit, en sont les signes particuliers. — Enfin la blennorrha-

ie, qui a dû échapper à l'observation tant qu'on n'a pas fait usage du , se fait remarquer par le peu de douleur qu'elle occasionne et par le ol de l'utérus des signes précédemment indiqués.

iplications sont en général moins graves et moins fréquentes que me. La *cystite* (survenant dans les cas d'urétro-vaginite), l'*ophthalmie* gique et l'*arthrite* sont les seules qui leur soient communes. Celles qui s à la femme sont la *folliculite* (*Voy.* VULVITE), la *métrite* aiguë du ension de l'inflammation aux ovaires, aux ligaments larges, au tissu e l'une ou l'autre fosse iliaque, et aux grandes lèvres, où il survient des *abcès*. Leur ouverture peut rester longtemps fistuleuse, comme bons suppurés chez l'homme. Quelquefois aussi l'âcreté de la matière ment et la malpropreté développent au niveau des grandes lèvres et interne des cuisses une irritation *érythémateuse* ou *eczémateuse*, ment de muco-pus fétide. Enfin on a signalé encore comme compli- s perturbations du *flux menstruel,* l'*œdème* des grandes et des s, et même leur *gangrène*. Quant à l'infection syphilitique, consi- e conséquence de la blennorrhagie, je n'ai qu'à renvoyer à ce que ur l'homme.

stic. — Il est bien moins grave chez la femme que chez l'homme, en disposition anatomique des parties, de la facilité des traitements i nombre bien plus restreint des complications.

orrhagie chronique ou blennorrhée. — La blennorrhée ou e chronique, appelée aussi *goutte militaire* chez l'homme, n'est érisée que par un écoulement ou plutôt un *suintement*, urétral chez ginal chez la femme, et qui est rarement continu. Ce suintement épais, visqueux, opaque ou transparent, verdâtre ou incolore, en *gouttelettes* si l'on comprime l'urètre chez l'homme d'arrière me sur le linge des *taches* comme empesées, analogues à celles e *méat urinaire* est souvent rouge foncé, violacé, livide.

ıme, le diagnostic de la blennorrhée est simple et facile. Il n'en ıême chez la femme, une simple *leucorrhée* ne pouvant en être linguée, et les granulations ou les érosions du col utérin pouvant dans les deux cas. Avec le suintement on peut constater, chez signes d'une lésion concomitante : une prostatite. Lorsque, chez blennorrhagie chronique n'est pas la suite de l'aiguë, on doit cher- acher à l'une des causes qui lui ont été assignées : à des *excitations* *rétrécissement* du canal de l'urètre, à l'*inflammation* de la pros- ésicules séminales, et, avec un point de doute, au vice scrofuleux, ent lymphatique, à l'habitation d'un lieu humide.

rhée est d'ailleurs sans gravité, mais elle tend à se perpétuer, si on pas efficacement.

AROPTOSE. — *Voy.* PAUPIÈRES.

(Persistance du trou de). — *Voy.* COMMUNICATIONS MORBIDES.

CÉPHALE. — *Voy.* ENTOZOAIRES (intestinaux).

E. — Dans la cavité buccale s'exécutent différentes fonctions qu'il ésentes à l'esprit, lorsque l'on y soupçonne ou constate des phéno- ogiques quelconques. Ces phénomènes portent sur la *respiration*, 'a pas lieu exclusivement ou uniquement par les fosses nasales ; sur *ion*, qui est le premier temps de la digestion; sur la *gustation*, et *prononciation* ou articulation des mots.

aladies de la bouche constituent des lésions locales, qui se ratta-

chent ou non à un état général plus ou moins grave de l'économie. Elles c prennent : la STOMATORRHAGIE, ou hémorrhagie buccale; les différentes esp de STOMATITE (simple ou érythémateuse, mercurielle, pseudo-membrane aphtheuse, ulcéreuse, gangréneuse) ; la GLOSSITE ; le MUGUET. Il faut y joi le travail de la DENTITION, lorsqu'il donne lieu à des accidents pathologique le flux salivaire qui constitue la SALIVATION ou sialorrhée.

2° Ces affections diverses, comme lésions locales ou comme manifestatio maladies éloignées ou générales, donnent lieu à des *symptômes* ou si variés, dans la recherche desquels il ne faut pas perdre de vue les fonction la bouche, que j'ai rappelées plus haut.

La *douleur,* qui est souvent le premier indice de l'affection buccale q malade accuse, peut être spontanée; mais aussi elle peut être provoqué augmentée par le passage de l'air dans la cavité buccale, ou bien par la mas tion, ou encore par l'articulation des mots, sans que l'on puisse toujours c dérer ces variétés de la douleur provoquée comme des signes répondant à lésions buccales bien particulières. L'*haleine* est fétide avec la plupart lésions buccales. Les malades sentent des *saveurs particulières* dans cert affections et dans les empoisonnements (*Voy.* GOUT). Il semblerait d'abord la *respiration* ne puisse pas éprouver de trouble prononcé par suite de lé intra-buccales; mais il n'en est pas ainsi, car la base de la langue est pa assez tuméfiée pour produire un *suffocation* véritable, et même l'*asphyxie* *mastication* peut être difficile dans un grand nombre d'affections de la bou mais il faut se rappeler que la cause de la difficulté peut résider dans les n cles masticateurs, principalement dans les masséters et les temporaux, ou dans l'articulation temporo-maxillaire. Ordinairement il existe alors, au ni de ces derniers organes, une douleur qui met sur la voie du véritable s anatomique des accidents. Quant à la difficulté de la *phonation* que peu déterminer les affections localisées dans la bouche, elle a des causes diverses, soit au niveau de la langue elle-même, soit dans d'autres partie la bouche (*Voy.* PRONONCIATION). La *sécheresse de la bouche* a une cert valeur comme signe de *dyspepsie* (Chomel) et surtout de *polyurie.* La sécr plus ou moins abondante d'une *salive* filante, s'écoulant hors de la bouche liée quelquefois à une lésion buccale, mais elle peut dépendre aussi de div paralysies, avec intégrité de l'intérieur de la bouche, qui seulement reste bé Lorsque l'excrétion salivaire est provoquée par une lésion locale, il est qu'elle ne soit pas volontairement retardée et que le liquide salivaire ne pas mélangé ou de stries sanglantes, ou de pus, ou de fausses membranes de détritus organiques divers. Parfois il s'écoule du sang presque pur.

3° Quoi qu'il en soit, l'*exploration* de la cavité buccale et des excré dont je viens de parler constitue la source la plus précieuse du diagnosti affections qui y siégent. On peut, en effet, *voir* toutes les parties de cette ca en constater les lésions à la partie interne des lèvres et des joues, au ni des gencives, du palais, de la langue, et y constater les plus simples cha ments d'aspect, de couleur, de volume. Mais, par suite de la tuméfaction loureuse des parties malades, cette inspection n'est pas toujours aussi facile sur l'homme sain. Si, en écartant avec précaution les lèvres et les joues arcades dentaires à l'aide d'un manche de cuiller, il est aisé de constater l'éta la muqueuse gingivale et de celle des joues ou des lèvres, il est parfois im sible de faire suffisamment écarter les arcades dentaires l'une de l'autre p faire l'inspection des parties centrales. En pareil cas, le moyen qui m'a par plus simple et le plus doux, pour augmenter l'écartement des mâchoires,

l'emploi d'un bouchon évidé en coin et que l'on glisse entre les dents. Le manche de cuiller permet ensuite d'abaisser, de relever ou d'écarter la langue dans tous les sens pour une exploration suffisante. On a imaginé plusieurs instruments ou *spéculums*, qui ont aussi pour but de maintenir les mâchoires écartées. Ceux de Levret, de Caqué (de Reims) et de Perret sont les plus connus; mais il me suffit de les indiquer, leur usage n'ayant pas été admis dans la pratique. L'inspection n'a pas seulement une grande valeur pour le diagnostic des affections locales, mais encore pour certaines maladies générales, en tête desquelles il faut placer les *fièvres éruptives*, dont l'éruption se manifeste quelquefois à la voûte palatine et sur le voile du palais, avant de paraître à la peau, comme on le constate pour les éruptions varioleuses. — La *palpation*, c'est-à-dire l'introduction du doigt dans la cavité buccale, est au besoin un auxiliaire utile de l'inspection. Enfin les liquides ou les exsudats fournis par la bouche peuvent être examinés au *microscope*, qui, dans quelques circonstances, tranche seul la question diagnostique, dans les cas douteux de muguet, par exemple.

BOUFFÉES DE CHALEUR. — *Voy.* CONGESTIONS.

BOULIMIE. — *Voy.* FAIM.

BOURDONNEMENTS. — On a donné le nom de bourdonnements à des bruits anomaux d'auscultation bien différents, perçus tantôt par le malade lui-même, et tantôt par le médecin.

Dans le cas de bourdonnements perçus par le malade, ils constituent des bruits parfois très-incommodes pour l'individu qui les éprouve, et qui sont dus à une affection localisée dans les organes auditifs, ou bien à une maladie dans laquelle les bourdonnements semblent être l'effet d'une *congestion* vers la tête. On les constate dans la plupart des affections cérébrales, dans les fièvres graves, et principalement au début de la fièvve typhoïde de nos contrées, dans la pléthore, dans les anémies avec ou sans intoxication, dans les accès non convulsifs d'hystérie, dans la goutte, etc. Les bourdonnements peuvent alterner avec des sifflements ou des tintements d'oreille.

L'auscultation fait percevoir, chez les individus à voix très-grave, un bourdonnement thoracique pendant l'exercice de la parole. Mais, outre ce phénomène physiologique, il existe certains bourdonnements considérés comme des signes morbides plus ou moins importants. Tel est le bruit dénommé *bourdonnement amphorique*, pour exprimer le bruit confus que produit, au niveau du côté malade, la voix de certains malades atteints de pneumo-thorax; tel est encore le bourdonnement considéré par Collongues comme un des principaux signes de la DYNAMOSCOPIE (*Voy.* ce mot; AMPHORIQUES [Phénomènes] et VOIX THORACIQUE).

BOUTON D'ALEP (de Biskra, etc.). — Décrite d'abord comme propre à la Syrie, cette maladie cutanée a été observée comme endémique dans beaucoup d'autres contrées, en Perse, en Egypte (bouton du Nil), dans les Indes (à Delhi, Bombay) et en Algérie, où elle a été décrite sous la dénomination de bouton de Biskra. Le Roy de Méricourt, à qui l'on doit le travail le plus récent sur le bouton d'Alep (*Diction. encyclop. des sc. méd.*, 1869), n'hésite pas, avec raison, à assimiler à cette affection le bouton de Biskra, qui n'en diffère que par des caractères secondaires de forme et de durée, ne suffisant nullement pour en faire une maladie à part. Des nombreux travaux publiés sur ce sujet depuis un siècle, je me contente de rappeler ceux de Guilhou (*Thèse*, Montp., 1833), Villemin (1854), ceux des médecins militaires français qui ont observé en Afrique aux environs de Biskra et dans la zone des Zibans, Poggioli, Cabane, Beylot, Cas-

taing, Massip, E. Bertherand, Guyon, Sonrier, Masnou, H. Hamel, etc., et enfin les Mémoires des médecins étrangers, et notamment des médecins anglais dans l'Inde. Malgré ces importantes publications, l'étiologie de cette singulière maladie est restée fort obscure jusqu'à présent. Le Roy de Méricourt, dont l'excellent article me fournira les principaux matériaux de celui-ci, signale le bouton d'Alep comme sujet à récidiver, contrairement à l'opinion reçue que cette maladie n'attaquait qu'une seule fois le même individu. Voyons d'abord sur quels éléments d'observation peut se baser le diagnostic.

1° *Eléments diagnostiques.* — Tous les observateurs divisent la maladie en trois périodes : 1° de formation ou de tuméfaction ; 2° d'ulcération ; 3° de réparation ou de cicatrisation. — Un *prurit* plus ou moins prolongé dans le point qui doit être le siége de la lésion, puis une *nodosité* arrondie, du volume d'un pois, se sentant au toucher dans l'épaisseur de la peau, tels sont les signes de la première période du bouton d'Alep. La nodosité met plusieurs mois à doubler, tripler de volume ; elle finit par former une saillie plus colorée, avec cercle rougeâtre, au niveau de laquelle l'épiderme se fendille et se desquame en lamelles circulaires. — Du quatrième au cinquième mois commence la période de ramollissement : une *vésicule*, d'abord visible à la loupe, s'agrandit et fournit une *sérosité limpide* dont la coagulation forme une *croûte* de plus en plus consistante, plus ou moins adhérente, sous laquelle existe un *ulcère à bords taillés à pic* inégaux et frangés, et à fond inégal, mamelonné, grisâtre par place et d'un diamètre de 1 à 7 centimètres (ordinairement 2 à 5). Le liquide sécrété est séreux ou séro-purulent, parfois d'une odeur repoussante, *sui generis*. Une *auréole rouge* entoure cette lésion, qui cause assez peu de douleur. — Après un temps variable, les *bords de l'ulcère s'affaissent*, l'auréole rouge pâlit, et des *granulations* de bonne nature s'élèvent plus ou moins saillantes, qui se recouvrent peu à peu d'une pellicule blanchâtre. Pendant ce temps, la croûte tombe et se reproduit plusieurs fois, et enfin elle découvre une *cicatrice* plus ou moins régulière, indélébile, unie ou foncée, blanche ou teintée par un dépôt anomal de matière pigmentaire. La *sensibilité*, qui était d'abord très-obtuse sur les bords de l'ulcère, ne reparaît dans le tissu cicatriciel qu'avec une extrême lenteur. L'évolution entière du bouton d'Alep est très-lente, puisqu'elle dure environ un an, ou du moins plusieurs mois.

2° *Inductions diagnostiques.* — Comme le fait remarquer Le Roy de Méricourt, cette affection n'a pas d'élément anatomo-pathologique particulier qui puisse la faire reconnaître du premier coup. « Pendant la première période, si on ne tient pas compte de l'endémicité régnante dans la localité, on peut croire aussi bien au début d'un *furoncle*, d'un anthrax ; mais la longueur de l'évolution, la forme arrondie de la tumeur ne tardent pas à lever tous les doutes. Plus tard, à la période ulcéreuse, on peut prendre le bouton recouvert de croûte pour le *rupia syphilitique*, pour l'*ecthyma*, pour le *lupus* scrofuleux ou syphilitique. Ce n'est donc que par une observation attentive, en tenant compte des commémoratifs, de l'état général, des conditions de milieu, de la marche et de l'évolution du bouton, qu'on pourra asseoir un diagnostic précis et éviter de faire confusion avec un grand nombre d'autres affections de la peau, maladies d'ailleurs si fréquentes dans les pays chauds. » Parmi ces maladies, il en est une beaucoup plus grave que le bouton d'Alep, avec lequel elle offre quelques analogies ; c'est le *frambœsia* ou *pian*. Mais le pian est contagieux et inoculable, caractères importants qui font défaut à la maladie que nous étudions.

On n'oubliera pas que le *siége* le plus habituel de l'affection est au visage, à la face externe des membres, au voisinage des articulations, et que le diagnostic

rie suivant le *degré* de l'évolution auquel la lésion locale est arrivée (tubercule, ulcération, cicatrisation). — C'est de ces degrés différents que dérivent principalement les *formes* ou variétés du bouton d'Alep, formes qui ont été prises à tort, dans certaines contrées, pour des affections différentes, comme pour le bouton de Biskra. Dans la forme *ulcéreuse*, la lésion est arrondie lorsqu'il n'y a qu'un seul bouton, cas le plus ordinaire; mais il peut s'en développer deux ou trois qui, se confondant, forment un ulcère à contours irréguliers. De plus, l'ulcère, au lieu d'être profond et taillé à pic, offre des excroissances ou végétations que l'on a comparées à une framboise (Poggioli, Massip, Weill, Sonrier, etc.). A côté de la forme ulcéreuse, on en rencontre une autre qu'on peut appeler *croûteuse*, et qui a été observée en Algérie aussi bien qu'en Syrie. Elle est caractérisée par le renouvellement plusieurs fois répété de la croûte, sèche, lisse ou écaillée, et plus ou moins épaisse. Cette forme est plus fréquente et à marche plus lente que la forme ulcéreuse (Masnou).

3° *Pronostic.* — Le bouton d'Alep n'est jamais grave par lui-même. Mais chez les sujets profondément débilités, ou les scrofuleux, il aggrave leur situation, en même temps que sa période ulcérative est beaucoup plus accusée. De plus, ses cicatrices peuvent être gênantes ou difformes.

BRIGHT (Maladie de). — On doit considérer, avec Becquerel, la maladie de Bright comme caractérisée par une lésion passagère ou permanente des reins, capable de déterminer le passage d'une notable quantité de l'albumine du sang dans les urines, et de produire consécutivement des hydropisies. Les articles ALBUMINE, ALBUMINURIE, ANASARQUE, servent en quelque sorte d'introduction à celui-ci, et le complètent. Je ne ferai donc, dans cet exposé du diagnotic, qu'indiquer beaucoup de particularités qui se trouvent plus développées aux articles que je viens de rappeler.

1° *Éléments du diagnostic.* — La présence de l'albumine dans l'urine est le signe principal, mais non un signe pathognomonique de la maladie de Bright, à moins qu'il ne s'y joigne l'anasarque ou la présence, dans l'urine, de l'élément épithélial microscopique des tubuli des reins, ou des cylindres fibrineux d'exsudation dont j'ai déjà parlé à propos de l'albuminurie (p. 33). En dehors de ces trois éléments du diagnostic, albuminurie, anasarque, produits microscopiques expulsés des canalicules des reins, les autres signes de la maladie de Bright ne sont plus que des signes accessoires.

Cependant ces signes secondaires ont aussi leur importance, lorsque plusieurs se trouvent réunis aux précédents. Tels sont, dans la forme aiguë, les phénomènes *fébriles*, la *douleur* rénale ou lombaire, soit spontanée, soit provoquée par la pression ou la percussion, et en dehors de l'albuminurie, les signes fournis par l'*urine*. Elle est rare ou peu abondante dans cette forme aiguë, elle est émise avec ou sans douleur, d'abord rougeâtre, d'un brun foncé, jaunâtre, puis de couleur naturelle, louche, trouble, mousseuse à l'insufflation, toujours acide, d'une odeur de bouillon de bœuf au bout de vingt-quatre heures, elle montre au microscope, entre autres éléments, des globules sanguins avec les cylindres ou les gaînes rappelés plus haut.

Dans la forme chronique de la maladie de Bright, il y a absence complète de fièvre, très-rarement douleur lombaire; les urines sont ordinairement pâles, d'une densité moindre, anémiques, parfois louches ou troubles, d'une odeur fade, et plus mousseuses à l'insufflation que dans la forme aiguë. Pendant un temps plus ou moins long, l'albuminurie est assez souvent l'unique signe de la maladie: et l'anasarque, qui est si fréquemment le premier élément du diagnostic qui attire l'attention, ne se montrerait, selon les observateurs qui regardent

la présence de l'albumine dans l'urine comme un signe pathognomonique de la maladie de Bright, qu'à une époque assez avancée; mais cette interprétation des faits n'est pas toujours juste. Enfin les troubles *amaurotiques* de la vision et l'*éclampsie* sont aussi des signes indirects de la maladie dans certains cas.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi les données utiles au diagnostic que je viens de rappeler rapidement, il en est une, ai-je dit à propos de l'albuminurie, qui, jointe à la présence de l'albumine dans l'urine, caractérise principalement la maladie de Bright. C'est l'œdème, ou plutôt l'anasarque. Quant à la présence, dans le dépôt urinaire, des produits microscopiques provenant des canalicules des reins, elle est un signe pathognomonique d'une lésion brightique; mais pour qu'elle ait cette valeur, il faut qu'il n'y ait pas de doutes sur la nature de ses produits. Suivant Lehmann, il y aurait trois espèces de corps cylindriques microscopiques provenant des tubes urinifères : 1° la *gaîne épithéliale* même des tubes de Bellini, composée des cellules avec leurs noyaux; 2° des *exsudations granulées*, avec des globules de sang ou de pus; 3° des *tubes fibrineux* d'une extrême transparence. Il ne faut attacher aucune valeur à des cellules épithéliales isolées, qui peuvent être fournies par les conduits urinaires (*Voy.* ALBUMINURIE, p. 33). Si l'on en croit Becquerel, les gaînes épithéliales caractéristiques ne se rencontreraient que dans la sixième partie des cas, (*Lésions de la maladie de Bright*, *Arch. gén. de méd.*, 1855). Mais il est évident qu'il ne s'agit pas seulement ici de la maladie de Bright, mais de l'albuminurie en général.

Les qualités de l'urine autres que celles dont il vient d'être parlé n'ont, ai-je dit, qu'une importance secondaire dans le diagnostic; et je dois répéter qu'il en est de même de la plupart des autres signes, notamment de ceux fournis par l'analyse du sang, dont le caillot *couenneux*, et le sérum parfois *lactescent* (éléments graisseux), ont été donnés comme signes de la maladie.

Parmi les phénomènes symtomatiques, l'*amaurose* a cependant une importance réelle. Elle peut, en effet, être un trait de lumière qui, en l'absence de l'anasarque, dirige l'attention du médecin vers les urines, dans lesquelles il peut trouver de l'albumine, et en conclure, en tenant compte de l'ensemble des autres signes observés, à l'existence de la maladie de Bright. Malheureusement l'amaurose n'est pas un signe constant, ni même un signe aussi fréquent que l'a pensé Landouzy d'après un petit nombre de faits (*Voy.* AMAUROSE, p. 43). Je rappellerai plus loin qu'un autre ordre de phénomènes nerveux survenant comme complication, les *convulsions éclamptiques* mettent aussi quelquefois sur la voie du diagnostic d'une maladie de Bright jusqu'alors latente ou non constatée.

La *marche* de la maladie de Bright fournit également des données très-utiles pour distinguer la forme aiguë et chronique. La première peut être très-rapide; ne durer que deux à quatre septénaires; elle se termine ordinainement par la guérison. La forme chronique survient d'emblée ou succède à la précédente; ici la marche lente et la longue durée de l'*albuminurie* suffit seule, indépendamment des autres symptômes, pour faire admettre qu'il y a lésion des reins, et par conséquent maladie de Bright chronique.

Les éléments *étiologiques* ont également une certaine valeur diagnostique, mais qui est subordonnée aux signes fondamentaux de la maladie de Bright, et par conséquent secondaire. Que ces signes fondamentaux apparaissent au cours ou à la suite d'une *scarlatine*, ce qui est le plus ordinaire, ou d'une autre maladie aiguë, qu'ils surviennent lentement ou très-rapidement à la suite de l'*action du*

ormulant les six formes anatomiques de la lésion des reins, Rayer fait uer que l'abondance de l'albumine contenue dans l'urine n'est pas en avec la plus ou moins grande gravité de l'affection, et la plus ou moins profondeur de l'altération organique. Pour certains auteurs, au contraire, ait un rapport régulier entre la sécrétion quantitative de l'albumine et la de la maladie (Osborne, Martin-Solon), tandis que, pour Christison, il t un rapport inverse. Or, ces opinions contradictoires semblent donner à Rayer. Cependant il est possible de distinguer par l'examen des urines, é aux autres symptômes, d'abord si l'on a affaire à une lésion acciden- *passagère* des reins, c'est-à-dire à une hypérémie avec ou sans desqua- des tubes de Bellini (les deux premières formes anatomiques de Rayer), à des *lésions plus profondes* (l'une des quatre dernières formes de . On admet qu'il y a simple hypérémie dans la maladie de Bright aiguë, et sion permanente plus grave lorsque la maladie est chronique. Mais l'hypé- d'après les signes observés pendant la vie, ne me paraît pas aussi facile ir que l'ont avancé Becquerel et Vernois (*Moniteur des hôpitaux*, 1856). eux, toute albuminurie temporaire est le signe d'une congestion rénale; 'est évidemment poser en principe ce qui est à démontrer. En disant que, ypérémie des reins, résultent : 1° l'albuminurie comme seul phénomène de, 2° l'albuminurie et l'hydropisie (anasarque) simultanément, 3° l'hydro- seule comme signe consécutif, ces excellents observateurs donnent une tion ingénieuse des faits à leur propre point de vue, mais ils ne démon- as en réalité qu'il y a hypérémie rénale dans *tous les cas* d'albuminurie ère. Ce qui est jusqu'à présent généralement admis, c'est qu'il en est ans la majorité des faits, mais non dans tous.

. Ollivier, à la suite d'expériences sur les animaux, auxquels il a fait absor- s préparations de plomb, a constaté des lésions rénales, l'état albumi- de l'urine, et la présence du plomb dans ce liquide. Il a été amené ainsi ercher l'albuminurie chez les individus intoxiqués par le plomb, et il l'a

la conséquence de la perte de l'albumine par les urines, d'où résultent la désalbuminisation du sang et des modifications fondamentales dans la composition de ce liquide.

Andral a expliqué les hydropisies par la diminution de l'albumine du sang. Cette opinion est justifiée par la fréquence, on pourrait presque dire la constance de l'anasarque dans la maladie de Bright, dans laquelle les pertes de l'albumine du sang par les urines sont parfois si considérables. Le même fait de la diminution de l'albumine du sang explique aussi le développement d'hydropisies internes qui, pour être plus rares que l'anasarque, n'en constituent pas moins un ensemble de complications qu'il ne faut pas perdre de vue dans le diagnostic de cette maladie. Bright a signalé, dès 1827, la *pleurésie*, et plus rarement la *péricardite*, la *péritonite* et l'*œdème de la glotte*, l'*hypertrophie du cœur gauche* (Auguste Ollivier, *Compt. rend. des séances de la Soc. de biol.*, 1864), comme des complications qu'il est d'autant plus nécessaire de rechercher par une exploration attentive, que leur marche est insidieuse ou latente. On a observé depuis, assez fréquemment, des *pneumonies*, des *hydro-thorax*, des *hydro-péricardes*, etc., soit chroniques, soit aigus, comme on en voit survenir dans l'albuminurie scarlatineuse (*Voy.* SCARLATINE). J'ai vu trois fois la *péritonite* suraiguë ou chronique venir compliquer la maladie de Bright (*Soc. des hôpit.* et *Union méd.*, 1865), à titre de maladie inflammatoire.

Les complications qui surviennent vers l'appareil nerveux, et qui constituent en grande partie les accidents désignés sous le nom d'*urémie*, ont au moins autant d'importance que les hydropisies. Devilliers fils et Regnauld, dans leur Mémoire *sur l'hydropisie des femmes enceintes* (*Arch. de méd.*, 1848, t. XVII), ont comparé avec raison ces accidents nerveux à ceux de l'anémie. Il est positif que certaines *paralysies partielles*, que l'affaiblissement de la vue, celui de l'*ouïe* (Simpson), l'amaurose, etc., se rencontrent dans l'anémie, comme dans l'albuminurie, et que l'anémie est fréquemment la conséquence de l'albuminurie chronique ; mais les accidents cérébraux que l'on a compris sous la dénomination d'*encéphalopathie albuminurique* présentent des caractères particuliers.

Ces accidents cérébraux, signalés déjà par Bright comme très-fréquents, et au contraire comme rares par d'autres observateurs, ont été étudiés avec soin, chez l'adulte, par le docteur Addison, en 1839, et dans l'enfance par Rilliet, en 1852 (*Rec. de la Soc. méd. de Genève*). Un certain nombre d'observations particulières ont été en outre publiées, dans différents recueils, par plusieurs observateurs, et, entre autres, par le professeur Forget (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855). Suivant Addison, dont le docteur Lasègue a résumé les travaux dans les *Archives de médecine* (1852, t. XXX, p. 129), les troubles cérébraux, *coma, convulsions, délire, troubles des sens*, peuvent se présenter au praticien sous les cinq formes suivantes :

a. — Attaque plus ou moins soudaine de *stupeur passagère*, intermittente ou permanente, avec pâleur du visage, pouls calme, pupille normale, et se terminant par la mort ;

b. — Attaque subite de *coma*, avec *sterteur* transitoire ou durable, qui n'a pas le son guttural, rauque, nasillard de la sterteur de l'apoplexie, mais qui est plus sifflante ;

c. — *Convulsions subites* par accès assez rares ou très-rapprochés, avec pâleur et rougeur alternatives du visage, et se terminant par la mort ;

d. — Combinaison des deux formes précédentes (*état comateux* et *attaques convulsives*) ;

e. — *Hébétude* de l'esprit, *lenteur* et paresse à se mouvoir, *somnolence* précédée par des *vertiges*, diminution de la *vue*, *céphalalgie* suivie ou non de coma et de convulsions.

Ces phénomènes cérébraux se succèdent lentement ou bien débutent avec une certaine intensité. Dans le premier cas, ils peuvent être légers et passer inaperçus à un examen superficiel; lorsqu'ils sont plus graves et qu'ils augmentent sensiblement, ils ne tiennent pas, comme l'a dit Frérichs, à la présence de l'urée dans le sang (*Voy.* Urémie).

Dans l'enfance, suivant Rilliet, les accidents encéphalopathiques se développent ordinairement deux à quatre semaines après l'apparition de l'anasarque, quelquefois en même temps et plus rarement auparavant. Le début est marqué par une *violente céphalalgie* sus et sous-orbitaire, avec ou sans *vomissements*, quelquefois *agitation*, loquacité ou, au contraire, *assoupissement*; puis, au bout de quelques heures, ou d'un ou deux jours, survient une attaque d'*amaurose* ou un accès d'*éclampsie*, qui constitue le caractère essentiel et pathognomonique de la maladie. Les convulsions se répètent plusieurs fois, et sont suivies d'une *paralysie momentanée* ou d'une *ataxie* intense, permanente ou temporaire; il y a *dilatation des pupilles*, *congestion* vers la tête. Peu à peu tous les troubles nerveux se dissipent, et, s'ils dépassent vingt-quatre heures, ils peuvent durer jusqu'à sept jours. Sur douze malades, Rilliet a constaté dix guérisons.

L'*éclampsie*, comprise dans l'encéphalopathie dont il vient d'être question, est une complication isolée assez fréquente de la maladie de Bright des femmes enceintes ou en couches, pour que, dans ces conditions, l'on doive toujours en redouter l'explosion, qui est souvent fatale (*Voy.* Éclampsie).

3° *Pronostic.* — La maladie de Bright a un pronostic variable, et d'abord suivant l'acuité ou la chronocité de l'affection. Il est plus favorable, en effet, dans le cas d'acuité, lorsqu'elle ne passe pas à l'état chronique, et fatalement grave dans le second. L'examen des urines et la marche de l'infiltration œdémateuse ou des épanchements séreux méritent une attention particulière. Le pronostic est fâcheux, en général, lorsque l'anasarque devient de plus en plus considérable; lorsque l'urine est incolore, d'une très-minime densité, 1006 par exemple, qu'en même temps elle renferme beaucoup d'albumine, qu'elle fournit une mousse abondante par l'insufflation, et donne peu de précipité (sels) par l'acide oxalique. Le pronostic est favorable, au contraire, lorsque l'anasarque diminue ou se limite aux extrémités inférieures; lorsque l'urine a peu perdu de ses propriétés chimiques ou physiques; si le précipité albumineux, diminuant graduellement, acquiert une teinte rosée; si l'urine mousse moins par l'insufflation, et reprend sa couleur normale; et enfin si l'acide oxalique donne un précipité de plus en plus abondant. Les complications ajoutent à la maladie une gravité qui est en raison de la nature de ces accidents; les plus redoutables sont les complications du côté des centres nerveux. L'éclampsie en particulier est à craindre chez les femmes grosses ou en couches. Il résulte de ces différentes conditions que l'on doit être en général très-réservé pour formuler le pronostic de la maladie de Bright.

BRONCHES. — *Voy.* Respiratoires (Voies).

BRONCHIQUES (Phénomènes). — Les bruits bronchiques, perçus par l'auscultation, consistent en un *souffle* respiratoire qui se produit dans des tuyaux aériens ou bronches (*respiration bronchique*), en un retentissement exagéré de la *voix* qui semble se passer sous l'oreille (*bronchophonie*), et en un retentissement analogue de la *toux*. Ces phénomènes semblent se passer et

se passent en effet dans des cavités moins vastes que pour les phénomènes ana-logues dits CAVERNEUX, et, à plus forte raison, moins vastes que pour les phéno-mènes AMPHORIQUES dans la plupart des cas.

Les conditions pathologiques des bruits bronchiques diffèrent de celles q donnent lieu aux bruits caverneux ou amphoriques, en ce que c'est toujou dans les *cavités naturelles* des voies aériennes, et non dans des cavités accide telles (cavernes, cavité séreuse envahie par l'air), qu'ils se produisent. Tou lésion qui rend imperméables à l'air les extrémités des divisions des condu aérifères, supprime le murmure vésiculaire normal et fait apparaître l phénomènes bronchiques. Tantôt il y a compression du tissu pulmonaire pér phérique (*épanchement pleurétique*, *tumeur* intra-thoracique) et tantôt con densation du poumon, avec perméabilité complète des seuls conduits bronchiq dans les parties où se produisent les bruits (*pneumonie*, *tubercules*, *conge tion pulmonaire*, etc.). Les bruits bronchiques ont une intensité qui n'e pas toujours en rapport avec le calibre des tuyaux aériens; ils peuvent se tran former, chez le même malade, en bruits caverneux et même amphoriques, da les conditions où ces bruits ne se produisent pas dans des cavernes pulmonair ou dans la plèvre. Nous renvoyons, pour ces conditions, aux mots AMPHORIQU et CAVERNEUX (Phénomènes), et, comme à un complément de cet article, au mots SOUFFLES et VOIX THORACIQUE.

BRONCHIQUES (Ganglions). Les ganglions qui occupent la racine de bronches augmentent assez souvent de volume chez l'enfant, exceptionnellem chez l'adulte, surtout par le fait de leur tuberculisation. Bien plus rarement, l lésion est une hypertrophie inconnue dans sa nature (*Voy.* CACHEXIE LYMPHA TIQUE), ou une hypertrophie avec infiltration de corpuscules pigmentaires comme j'en ai recueilli un exemple chez un homme adulte.

La compression que ces tumeurs exercent sur les conduits aériens produit d la *dyspnée*, avec faiblesse du *bruit respiratoire* à l'ausculation; de l'*aphoni* (Briau et Gleize), et des accès de *suffocation* qui finissent par être mortels, c le plus ordinaire. Suivant Barthez et Rilliet (*Traité des mal. des enf.*, t. II p. 637), la transmission, à l'oreille de l'observateur, des *bruits caverneux* de trachée ou des grosses bronches, par les ganglions, fait croire quelquefois l'existence d'une cavité pulmonaire qui n'existe pas. Dans un fait de ramollis ment, l'abcès ouvert dans les voies aériennes a occasionné rapidement la m par asphyxie, chez un enfant (G. Edwards, *Méd. chir. Transactions*, t. XXXVI une autre fois, l'abcès, ouvert dans le médiastin et dans les bronches, a pro un EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ; et l'on a vu aussi une hémorrhagie mortelle la conséquence des progrès ulcératifs de l'abcès vers les vaisseaux du médias Enfin l'OBLITÉRATION de la veine cave supérieure est résultée de la simple co pression exercée sur ce vaisseau par les tumeurs ganglionnaires.

Le diagnostic des tumeurs ganglionnaires bronchiques, en présence des ma festations variées auxquelles elles donnent lieu, ne peut s'établir que par ex sion (*Voy.* ASPHYXIE, DYSPNÉE, TUMEURS intra-thoraciques).

BRONCHITES. — On n'a pas encore établi une distinction clinique su sante entre les véritables bronchites et les simples congestions pulmonaires. C ressort de l'examen des faits, au point de vue des lésions que l'on a considér comme caractéristiques d'une inflammation de la membrane interne des bronch et qui souvent ne dénotent qu'une simple hypérémie. Nous nous contentons signaler cette confusion, sur laquelle nous aurons à revenir. Elle justifie Laen d'avoir préféré la dénomination de *catarrhe pulmonaire* à celle de bronchi

ne ne préjugeant pas la nature de la maladie (*Traité d'auscult.*, 3e édit., p. 126). Seulement le mot catarrhe ne représentant qu'un seul symptôme, rétion des mucosités, nous adoptons, avec les pathologistes modernes, ression de bronchite, en lui donnant toutefois un sens plus restreint qu'on fait généralement.

diagnostic de la bronchite doit être considéré à part, suivant qu'elle est , *chronique* ou *pseudo-membraneuse*.

Bronchite aiguë. — Le diagnostic de la bronchite aiguë est complexe, ison des différences que présente la physionomie de la maladie.

Éléments du diagnostic. — Les phénomènes séméiologiques, sur lesquels base en général pour admettre l'existence de la bronchite aiguë, sont ipalement : une *toux* plus ou moins fréquente; l'*expectoration* de mucoordinairement ténues, transparentes vers le début, puis, plus ou moins ies, épaisses, d'un jaune verdâtre; une *dyspnée* d'intensité très-variable, s *râles sous-crépitants* plus ou moins humides, à bulles plus ou moins uineuses, mélangées ou non de *râles sonores*, et occupant la *base des poumons en arrière*. Ces différents signes, avec ou sans fièvre, et qui t qu'un durée limitée, une à deux ou trois semaines environ, à moins que ronchite ne passe à l'état chronique, se rapportent à trois formes différentes a maladie, dont je dois rappeler brièvement les caractères.

a bronchite localisée *dans les grosses bronches* d'origine est à peu près réquente; elle constitue le *rhume* vulgaire. Elle est le plus souvent précédée n coryza; la toux est provoquée par des *titillations* vers le haut du sternum, accompagnée quelquefois d'un léger enrouement; l'expectoration se compose crachats d'abord incolores et filants, puis devenant nacrés les jours suivants, enfin d'un jaune verdâtre, et plus ou moins opaques. Il n'existe pas de râle sous-crépitant à la base des poumons en arrière.

Dans la bronchite plus profonde, dite *capillaire*, les données du diagnostic ent suivant l'étendue de l'inflammation, représentée par celle des râles ulles, et par l'intensité plus ou moins grande de l'état fébrile.

La bronchite fébrile capillaire, *lorsqu'elle est peu étendue*, débute par des es d'inflammation légère dans les fosses nasales, le pharynx et le larynx, ou se manifeste immédiatement du côté des bronches. Une *fièvre* plus ou moins intense, une *douleur sous-sternale*, de la *dyspnée*, une *toux* d'abord accompagnée d'un sentiment de déchirement dans le thorax, souvent quinteuse, des douleurs musculaires vers les attaches du diaphragme, une *expectoration* qui suit les phases indiquées plus haut : tels sont les symptômes de cette forme de la bronchite. On constate, en outre, à la *percussion* : une sonorité qui n'est pas toujours normale, comme on l'a dit, mais qui est assez souvent ... ou tympanique, soit dans toute la poitrine, soit seulement au niveau des parties occupées par les râles perçus à l'*auscultation*. Ces râles sont *sifflants* ou *ronflants*, dans certains points, et *sous-crépitants* plus ou moins humides. Ces derniers, les plus importants, occupent, comme je l'ai dit déjà, la base postéro-inférieure des deux côtés du thorax, dont ils envahissent le quart, la moitié de la hauteur; ils sont d'autant plus nombreux qu'ils sont plus inférieurs.

La *bronchite capillaire plus ou moins généralisée*, appelée autrefois *peripneumonia notha*, *catarrhe suffocant*, a été l'objet d'une monographie importante de Fauvel (*Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, 1844, t. II, p. 433). Dans cette forme de bronchite, il y a exagération de tous les signes de la forme précédente, à laquelle elle succède le plus souvent, parfois en quelques heures. La douleur sous-sternale est déchirante au moment de la toux; la dyspnée est

extrême, la face pâle; les lèvres sont violacées; il survient, en un mot, des tômes *asphyxiques* résultant de l'obstruction des voies aériennes. La est brève, saccadée comme les mouvements respiratoires; l'expectorati difficile; les crachats sont compactes, ou mousseux et striés de sang; le râle crépitant, très-étendu, souvent généralisé en avant comme en arrière, est très-distinct et mélangé de râles sonores, tantôt obscur, en raison de la diff de la pénétration de l'air dans les bronches. Le pouls est très-fréquent, ir lier, inégal; il y a de l'anxiété, de l'agitation et parfois du délire. Mon o personnelle, que je n'ai pas à développer ici, est que la bronchite dite ca suffocante ne doit pas être considérée comme une maladie particulière, le dents asphyxiques qui la caractérisent principalement pouvant provenir souvent de causes autres que la bronchite elle-même, de congestion exagé de mucosités généralisées.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsqu'au râle sous-crépitant localis base des deux poumons, en arrière de la poitrine, s'ajoutent une douleur ou moins intense au niveau du sternum et une expectoration muqueuse, fièvre, il n'est pas possible de douter de l'existence d'une bronchite aiguë. principalement sur l'existence du râle sous-crépitant que l'on formule son gnostic. Laennec attribuait au siége du râle *des deux côtés de la poitrine* grande valeur comme signe de bronchite. Louis, en signalant la base postéri des deux poumons comme étant les points plus particulièrement occupés p râle, lui a donné une importance bien plus grande. Il résulte de ce siége h tuel du râle sous-crépitant, en effet, que, si on le trouve plus prononcé au s met qu'à la base des poumons, on doit craindre qu'il ne soit symptomatiqu *tubercules pulmonaires.* Sa signification varie également si on le renco limité à un seul côté de la poitrine. Il peut révéler alors l'invasion ou la rés tion d'une *pneumonie*, ou bien être le seul signe physique de cette mal chez le vieillard, dépendre d'une *broncho-pneumonie* chez l'enfant, ou e annoncer une *dilatation des bronches.*

Des râles sonores, ai-je dit, sont mélangés au râle sous-crépitant dans tains cas. Mais lorsqu'il n'existe que des râles sonores (sifflants, ronflants) une maladie aiguë, l'on ne saurait admettre, avec Beau, qu'il y a une bronc aiguë particulière, caractérisée par ces râles. Dans la plupart des cas, il certainement alors que *congestion pulmonaire.* Il en est de même au débu certaines bronchites, dans lesquelles l'apparition des râles humides est préc de simples râles sonores : il n'y a encore qu'hypérémie dans cette dernière constance. Nous renvoyons sur ce point à l'article Congestions, en rapp que, dans les maladies aiguës fébriles où se constatent les râles sonores, i peut y avoir de doutes sur l'existence de l'hypérémie à l'exclusion de la br chite, lorsque, avec ces râles sonores, il n'y a *ni dyspnée, ni toux, ni exp toration.*

Les râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine restent donc les sig stéthoscopiques les plus importants de la bronchite. Les autres signes d maladie, dont la valeur relative est réelle, ont cet avantage qu'ils conduise rechercher l'existence de ces râles. La douleur thoracique, la toux, la dysp l'expectoration n'ont même de valeur, dans la bronchite, que lorsque l'o reconnu qu'elles coïncident avec le râle sous-crépitant.

En l'absence de râles humides à la base postérieure des poumons, s'il douleur avec titillations au niveau de la partie supérieure du sternum, et l plus ou moins forte et quinteuse, on se prononcera pour une *trachéo-bronch* tandis que l'étendue des râles, localisés ou généralisés dans la poitrine, p

d'établir que l'on a affaire à une bronchite capillaire locale ou générale. ...nce des symptômes asphyxiques, dans cette dernière forme, lui donne ...s une physionomie particulière, très-différente de celle de la bronchite ...e non généralisée. Ces phénomènes asphyxiques ne sauraient, par le fait ...le la généralisation des râles humides, être confondus avec les asphyxies ...atiques dues à une tout autre cause (*Voy*. Asphyxies, p. 96).

...técédents fournissent assez souvent au diagnostic des données utiles, ...lement en révélant la cause de la maladie, cause qui varie suivant que la ...e est primitive ou secondaire. Primitive, elle s'est ordinairement déve-...la suite de l'impression subite ou prolongée du froid, ou de l'inspira-...rs irritants ou de poussières (*Voy*. Professions). Secondaire, la bron-...st développée dans des conditions pathologiques diverses qu'il est ...able de préciser.

...rincipalement dans le cas de bronchite dite capillaire qu'il est néces-...echercher si elle est primitive ou secondaire. La gravité de la forme ...e, ou suffocante, ne doit pas faire oublier que les accidents observés ...plus souvent que des phénomènes d'une autre maladie plus ou moins ...bronchite capillaire généralisée est, en effet, presque toujours sympto-...Chez l'enfant, elle complique ordinairement les fièvres graves, princi-...les fièvres éruptives; chez l'adulte, on la rencontre aussi dans les ...ves, dans la morve, mais le plus souvent dans le cours des anciens ...es pulmonaires ou des affections graves du cœur. Elle est, comme la ...e, une complication ultime chez les malades profondément débilités. ...tout lorsque la bronchite est secondaire, qu'elle est fréquemment con-...c la congestion du poumon. Je me dispense de discuter son diagnostic ...l, l'ayant fait à propos des maladies que l'on pouvait confondre avec ... Congestions, Pneumonie, Phthisie aiguë).

...nchite étant reconnue, l'étude des commémoratifs et l'examen du ...ront permis de déterminer en même temps la *forme* de la bronchite, ...apparente de la *lésion locale*, son *degré* d'intensité, et enfin ses *com-...*, s'il en existe. — Outre les trois formes que j'ai établies en com-...on en a admis d'assez nombreuses qui, en réalité, ont peu d'impor-...s le rapport du diagnostic, puisque leurs caractères sont les mêmes ...la bronchite simple. Telle est la bronchite *goutteuse*. Une variété plus ...st la bronchite observée dans la fièvre dite *catarrhale*, dans laquelle ...e des muqueuses nasale, pharyngienne, intestinale et respiratoire est ...ultanément (*Voy*. Grippe). — Parmi les complications de la bron-...t compte la pneumonie franche, qui peut compliquer les bronchites ...ais c'est surtout la *pneumonie lobulaire* que l'on aura à redouter ...omplication dans les bronchites de l'enfance. La *dilatation des bron-...* aussi être considérée comme une complication de la bronchite capil-...re, car Fauvel a rencontré cette lésion très-étendue chez tous les ...enfants et adultes, qui avaient succombé dans le cours de cette affec-...ont il a fait la nécropsie.

...nostic. — C'est principalement sur l'étendue de la bronchite, sur l'in-...e la congestion pulmonaire concomitante, et sur l'ensemble des phéno-...généraux que se fonde le pronostic de la bronchite aiguë. Il est sans ...avec la forme apyrétique. Il n'offre de danger, dans la bronchite fébrile ...ement étendue, que lorsqu'elle survient à titre de complication dans une ...grave; l'effet funeste d'une bronchite, même peu étendue, est surtout ...able dans la *paralysie* ou l'*atrophie du diaphragme*. Lorsque la bron-

chite est généralisée jusqu'aux plus petites divisions bronchiques, elle est le souvent suivie de mort en quatre, six ou huit jours. J'ai recueilli un fait de ; rison dans lequel une bronchite de cette espèce avait été produite par l'ins tion de gaz acide nitreux dans un espace confiné. L'issue favorable qui eut s'accorde jusqu'à un certain point, dans ce fait, avec l'innocuité attribuée Laennec aux bronchites occasionnées par des vapeurs irritantes et acides; se ment mon observation, dans laquelle la bronchite avait été des plus graves, exception à la règle générale qu'il a posée, à savoir : qu'en pareil cas, la m die est ordinairement légère.

II. **Bronchite chronique.** — La bronchite chronique est l'apanage à près exclusif de la vieillesse, et ses variétés peu importantes ont été princip ment désignées par les anciens sous la dénomination générale de catarrl Son diagnostic est rarement embarrassant. Une *toux habituelle* qui a pers après une ou plusieurs atteintes de bronchite aiguë, une *expectoration* *queuse* habituelle plus ou moins abondante, tantôt transparente et fl (*catarrhe pituiteux, bronchorrée*), tantôt plus épaisse, opaque et d'un ja verdâtre (*catarrhe muqueux* de Laennec), tantôt enfin peu abondante, de transparente et comme perlée (*catarrhe sec* du même auteur); à l'auscultati un *râle sous-crépitant* humide dans une étendue plus ou moins considérabl la base postérieure des deux poumons : tels sont les signes de la bronc chronique. Il serait difficile de ne pas leur assigner leur véritable valeur, surt en rapprochant des signes locaux le fait d'absence de tout affaiblissement et tout mouvement fébrile. La fièvre ne se montre que dans les cas de complicati ou d'exacerbations, qui ne sont en réalité que des bronchites aiguës accid telles.

Je n'ai pas à m'arrêter au diagnostic différentiel de la bronchite chroni avec la *phthisie pulmonaire*, l'*emphysème*, la *dilatation des bronches*, c question ayant été traitée à propos de ces affections, auxquelles je renvoie le teur.

Les bronchites chroniques n'ont de gravité que par leur coïncidence, d' leurs fréquente, avec l'emphysème pulmonaire ou avec les maladies du cœ L'accumulation des mucosités dans les bronches contribue alors à augment gêne de la respiration et de la circulation, parfois si grande dans ces derni maladies.

III. **Bronchite pseudo-membraneuse.**

1° Cette espèce de bronchite, appelée aussi *bronchite croupale, croup bro chique*, etc., diffère d'une bronchite simple principalement par l'*expulsion* *fausses membranes par la toux*, fausses membranes isolées ou mélangées mucosités. Cependant Peacock, Thierfelder (de Leipsig) et d'autres auteurs formulé d'autres particularités utiles à connaître dans la pratique.

Pour Lespiau (*Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1854), quand le mal interrogé sur le siége de la douleur, porte la main le long de la trachée, et dessine les divisions bronchiques, c'est que les fausses membranes const au pharynx ont envahi tout le tube aérien. Les détails donnés par Peacock (*dical Times*, 1854) ont surtout de l'importance, parce qu'il les a déduits de rante-huit observations recueillies en Angleterre, en Allemagne et en Fr Suivant cet observateur, la *coloration* des *pseudo-membranes* est le plus s d'un blanc sale, rarement d'un brun pâle ou modifiée par du sang. Leur est variable; quelquefois elles présentent l'aspect de petits lambeaux de brane mince, ou bien elles se moulent sur le tuyau bronchique et ses rami tions, et sont alors composées de lamelles fines et concentriques; les concréti

s ou tubulées. Le tronc de ces productions arborescentes a un *dia-* varie de celui d'une plume de corbeau au volume d'une plune d'oie. que le plus souvent elles se soient moulées sur des tuyaux bronchiques e ou de quatrième ordre; cependant leur calibre est quelquefois bien dérable, puisque l'on a rencontré des faits de concrétions s'étendant dernières ramifications bronchiques jusqu'à la trachée. J'ajouterai bien juger de l'état des fausses membranes, il faut ou les plonger ou acérer dans l'eau. Vues au microscope, elles présentent les carac- fibrine. La bronchite pseudo-membraneuse, suivant Peacock, peut se n-seulement à l'état *aigu*, mais encore sous la forme chronique. moi-même un fait de cette dernière espèce. Dans le premier cas, ine rapidement par la guérison ou par la mort; dans le second, les ec fausses membranes se montrent pendant des semaines, des mois, même, à des intervalles variables, ou bien au moment des *exa-* des symptômes inflammatoires. Thore, avant Peacock, avait déjà observations intéressantes de ces deux formes aiguë ou chronique *méd.*, 1849, t. XX, p. 295).

iété de diphthérie se rencontre plus souvent chez les *hommes* que chez . Quoique se montrant à tout âge, elle semble plus fréquente de vingt ans; elle affecte quelquefois les individus robustes, mais bien plus atteint des *sujets débilités* par une affection chronique des pou- ar toute autre maladie préexistante, surtout en temps d'épidémie, at l'a observé dans l'épidémie de grippe de 1837, et Fauvel dans la apillaire, ainsi que Mahot, Bonamy, Macé et Malherbe (de Nantes). connaître des exemples de bronchite diphthérique primitive.

agnostic de cette espèce de bronchite, comme je l'ai rappelé en it, se fonde presque uniquement sur la présence dans les crachats membranes tubulées ou ramifiées. On pourra cependant soupçonner de la maladie avant l'expulsion des concrétions, si le malade s'est a contagion de la diphthérie et qu'il soit pris d'une bronchite avec lense, accès de suffocation, faiblesse du bruit respiratoire à l'aus- ruit de *claquement* signalé par Barth, et dû au déplacement de nbranes ou de lambeaux flottants dans les voies aériennes. L'appari- èmes signes, chez un sujet qui offre en même temps une simple thérique dans le pharynx, suggèrera le même diagnostic. Malheu- le claquement, qui aurait la valeur d'un signe pathognomonique, est nt constaté.

avité du pronostic varie avec les circonstances dans lesquelles se maladie, suivant l'étendue des concrétions, et la facilité ou la vec laquelle elles sont expulsées au dehors. La mort a lieu par nais, suivant Peacock, elle ne serait pas la terminaison la plus fré- dans la forme aiguë, soit dans la forme chronique, dans laquelle tion caractéristique se reproduit par intervalles, quelquefois pen- mps fort long. La guérison a eu lieu dans les deux faits rapportés par e faut donc pas porter toujours un pronostic fatal.

CHOCÈLE. — *Voy.* GOITRE.

CHOPHONIE. — *Voy.* VOIX THORACIQUE.

CHO-PNEUMONIE. — *Voy.* PNEUMONIE.

CHORRHÉE. — *Voy.* BRONCHITE (chronique).

ZÉE (Peau ou maladie). — La peau bronzée, de même que l'albu- l'anémie et l'ataxie locomotrice, est un épiphénomène qui peut se

montrer dans diverses maladies, et qui est de plus le symptôme capita maladie particulière. Mais il faut reconnaître que l'entité de la maladie son, dont la peau bronzée est le principal caractère, n'est pas encore s ment dégagée des faits dans lesquels la coloration anomale de la pe qu'un épiphénomène.

Le remarquable Mémoire du docteur Addison, dont Lasègue a do analyse dans les *Archives générales de médecine* (1856, t. VII), a at tention des observateurs sur les faits de coloration anomale des té désignée sous les noms de *peau bronzée*. Cette coloration coïnciderait à constamment, suivant Addison, avec des lésions des capsules surréna lésions sont-elles réellement la condition nécessaire de la maladie? C'es nous examinerons plus loin.

1° *Éléments du diagnostic.* — La maladie bronzée est habituellemen nique et de longue durée; très-rarement elle a suivi une marche aig signes varient suivant deux périodes. Pendant la première, il n'y a abs qu'un *dépérissement* et une *anémie* graduellement croissants, avec cardio-vasculaires, *douleur épigastrique,* parfois des *vomissements* Trousseau a noté une fois une *douleur des reins* de médiocre intensité seconde période est caractérisée par les phénomènes anémiques qui pré et qui font des progrès lents jusqu'à la mort, sans s'accompagner d'éma extrême; mais, de plus, la *peau prend une couleur plus ou moins* d'un ton enfumé, et qui varie du brun clair à la terre d'ombre ou au bistr quelques cas, la peau est assez brunie pour que, en voyant l'aspect du vis malade, on ait pu le prendre pour un mulâtre. Cette coloration est due énorme quantité de granulations pigmentaires déposées dans toute l'épais la couche épidermique, comme l'ont constaté au microscope Vulpian et Féréol (*Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Bi* juin 1856). Elle peut affecter toute la peau; mais ordinairement elle e manifeste ou limitée à la *face*, au *cou*, aux *extrémités supérieures*, au au *scrotum*, au pli de l'*aisselle*, et autour de l'*ombilic*. On la voit a niveau des *mamelons*, dont la teinte foncée ressemble à celle que prés mamelon des femmes pendant la grossesse; enfin Trousseau l'a notée *en des lèvres*. Parfois, au lieu d'être répandue uniformément, la coloration a est *par plaques,* de sorte que la surface du corps en est comme m Addison cite même des exemples dans lesquels certaines portions de l au lieu de présenter une exagération de la matière pigmentaire, en parais contraire tout à fait dépourvues, et constituent des surfaces d'un *blanc n* véritable *vitiligo*, contrastant avec les surfaces brunies voisines.

2° *Inductions diagnostiques.* — On ne saurait avoir la prétention gnostiquer la maladie bronzée à son début, lorsqu'elle ne consiste qu l'ensemble des symptômes anémiques. Mais il n'en est plus de même l'on constate en même temps le changement survenu dans la coloratio peau, dont la teinte bistrée est caractéristique. Cependant, lorsque cette tion, singulière par son caractère et par son siége, comme on vient de est le signe qui attire tout d'abord l'attention, il faut se tenir en garde quelques difficultés ou certaines causes d'erreur physiologiques. D'abord i ce me semble, difficile, sinon impossible, de constater la coloration bron les individus à peau naturellement brune ou très-brune, et à plus forte chez les mulâtres. Ce n'est donc guère que vers les pays du Nord que po révéler cette affection. Mais, indépendamment de la difficulté de reconn maladie bronzée sur les sujets très-bruns, il y a la facilité de la confond

r lesquels Trousseau a eu raison d'attirer l'attention (*Clinique méd.* -*Dieu*, 3e édition, 1868, t. III, p. 542). Quant à l'examen, qu'il con-igmentum cutané, qui ne se retrouverait pas dans les cas d'insolation, ctériserait la peau bronzée, il est clair que l'on ne pourrait pas faire microscopique pendant la vie. L'existence de ces taches bien carac-vec une anémie profonde que rien n'arrête dans sa marche progres-ie nulle lésion spéciale n'explique complétement, suffira pour faire uer la maladie bronzée.

-il des affections qui puissent, au lit du malade, simuler la maladie ? C'est un point qui n'est pas encore suffisamment étudié. Fauvel a s la *Gazette médicale d'Orient* (1863) une curieuse observation de nie généralisée, observée chez un Arménien, âgé de vingt-huit ans, de nature palustre. La coloration noire disparut sous l'influence d'une quinique, provoquée par l'existence des accès fébriles antérieurs et rtrophie de la rate, qui n'était accompagnée ni d'exagération des glo-es, ni d'accumulation de pigment dans le sang. On a signalé aussi la *ulmonaire* comme pouvant donner lieu à des colorations analogues à j'ai décrites dans cet article, mais rien n'a démontré qu'alors il n'y e lésion des capsules surrénales. Il est d'ailleurs impossible de con-véritables taches bronzées avec la coloration générale des téguments age interne du *nitrate d'argent*, avec certaines affections anciennes de elles que des *éphélides* étendues, le *pityriasis* versicolor, etc., qui en par une foule de circonstances inutiles à rappeler ici. Les taches brou-urtout un siége caractéristique, qu'il ne faut jamais oublier.

ue de ces taches et leur *intensité* de coloration sont généralement nelles à la gravité de la lésion des capsules surrénales, sans qu'il y absolu à cet égard.

présent j'ai supposé qu'à la peau bronzée, avec anémie concomitante, dait une lésion des capsules surrénales; mais cette corrélation n'est

lésion des capsules (trente-cinq fois sur quarante), mais les faits exceptionn démontrent que la coloration bronzée n'est pas sous la dépendance absolue la lésion des capsules surrénales. Aussi Martineau (*Thèse*, 1863), qui a fait i étude si complète de tous les faits à lui connus et au nombre de quatre-vin dix, considère-t-il la maladie d'Addison comme une névrose ayant son siége d le grand sympathique, névrose soit primitive, soit symptomatique, dans laqu l'altération des capsules surrénales peut être considérée comme second Quoi qu'il en soit, il y a une condition importante à rappeler dans le diagno de la peau bronzée : les lésions des capsules surrénales étant très-fréque et se rencontrant dans le cours des maladies cancéreuses ou tuberculeu il sera très-probable, lorsque la peau bronzée coïncidera avec l'une de ces m dies, qu'une localisation tuberculeuse ou cancéreuse se sera effectuée au niv des capsules. On ne saurait pourtant l'affirmer, non-seulement parce que capsules surrénales pourraient être saines, comme on l'a vu dans un cert nombre de faits, mais encore parce qu'elles peuvent offrir une lésion autre q le cancer ou les tubercules, malgré l'existence de lésions cancéreuses ou tub culeuses d'autres organes, comme l'a montré une observation de Second Fér (*Cas de coloration bronzée de la peau*, *Société de Biologie*, 1856).

3° *Pronostic.* — La mort est la terminaison inévitable de la peau bron avec lésion des capsules surrénales, condition d'ailleurs la plus ordinaire. L progrès incessants du dépérissement, qui sont parfois très-rapides dans forme aiguë, et les affections intercurrentes, pneumonies, ramollissement d centres nerveux, favorisent l'apparition du terme fatal.

BRUITS ANOMAUX. — Chaque bruit anomal qui peut se produi dans les organes a une valeur diagnostique plus ou moins grande, que j' examinée à part. Cependant il me paraît nécessaire de les envisager dans le ensemble, pour que l'on s'en forme une idée générale.

1° *Caractères.* — Dans l'état de santé, il se produit dans les organes d bruits particuliers qui n'ont d'intérêt pour le médecin qu'autant que ces bru peuvent se transformer en bruits morbides. La circulation de l'air dans les voi respiratoires (respiration et phonation), celle du sang dans le cœur et les pri cipaux vaisseaux, celle des gaz et des liquides dans le tube digestif, et enfin bruits que l'on peut percevoir au niveau des organes locomoteurs, sont les se bruits normaux qui, à ce point de vue, intéressent le praticien. Parmi ces bru les uns, comme ceux de la respiration accélérée, de la phonation, la toux ex sive, etc., et certains borborygmes, sont perçus à distance ; d'autres, les ba ments du cœur et ceux des vaisseaux voisins de l'oreille, par exemple, quelquefois perçus par l'individu lui-même dans de certaines conditions (d bitus, course forcée) ; d'autres bruits enfin doivent être écoutés d'une cert manière par le médecin pour être entendus (auscultation), ou bien la si audition peut suffire, mais il faut qu'il provoque la production accidentelle phénomènes sonores par un moyen artificiel (percussion).

Ces diverses manières de percevoir les bruits normaux sont applicables perception des bruits anomaux, lorsqu'ils ne sont qu'une perversion des pr dents. Mais il y a d'autres bruits pathologiques qui surviennent d'eux-mêm et qui ne remplacent nullement les bruits physiologiques. Ce sont des phé mènes sonores qui résultent d'actes aphones chez l'homme sain, tels que le gli ment des surfaces séreuses adossées, qui devient bruyant à l'auscultation lors ces surfaces perdent leur poli et leur humidité. Des concrétions solides peuv aussi s'accumuler dans les organes (calculs de la vésicule biliaire) et produir une pression méthodique le bruit dit *de collision*. Au lieu de se faire entre

ps solides que l'on met en mouvement par la palpation, une collision peut ulter aussi de l'agitation d'un gaz et d'un liquide emprisonnés dans une ité accidentelle, et donner lieu au bruit de flot (succussion).

Le siége des bruits perçus est facilement établi en tant que région, mais il n est pas toujours de même lorsqu'il s'agit de déterminer l'organe au eau duquel il se produit. A ce propos, il ne faut pas oublier que les bruits omaux, dans certains cas rares, tout en étant perçus dans une région, ont leur nt de départ dans un organe plus ou moins éloigné et situé dans une région férente. Ce sont alors des bruits *transmis* par des solides, des gaz ou même liquides. C'est ainsi que la respiration trachéale peut être constatée au eau de la poitrine, à travers une masse solide anomale; de même pour les uits du cœur. On a tiré parti de cette propagation des bruits produits dans les ganes circulatoires pour déterminer leur siége, en s'appuyant sur ce fait que ur extension se fait principalement en aval du courant sanguin. Les gaz mis en bration transmettent des bruits parfois éloignés, comme dans le pneumo-thorax dans la production de la voix thoracique. Quant aux liquides accumulés, ils nsmettent bien plus rarement, chez l'homme, les bruits qui se produisent au-dessous d'eux, que les solides; et c'est justement la rareté de cette transmission qui occasionne les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne quelquefois lieu.

2° *Conditions organiques.* — Je rappellerai, à un point de vue très-général, les lésions organiques parfaitement saisissables qui coïncident avec les différentes variétés de bruits pathologiques.

Ceux qui se passent dans les voies respiratoires résultent de différentes lésions : les unes qui *diminuent* le calibre des conduits; les autres qui, au contraire, les *dilatent* partiellement ou les font aboutir à des *cavités accidentelles*, soit dans l'intérieur même du tissu pulmonaire, soit en dehors (cavité des plèvres); d'autres qui *obstruent* les canaux ou les vides aériens de *liquides* plus ou moins consistants, ou de produits *solides*, tels que corps étrangers, fausses membranes ou expansions organiques en partie adhérentes (polypes).

Dans les voies circulatoires, les bruits anomaux coïncident avec des *rugosités* ou des *concrétions* inflammatoires ou autres qui existent, soit au niveau des orifices du cœur, soit dans les vaisseaux artériels; avec des *tumeurs* qui compriment ces vaisseaux; avec des *communications morbides* entre des artères et des cavités anévrysmales, ou entre les artères et les veines les plus volumineuses; enfin avec des *altérations du sang* et d'autres conditions encore incomplétement connues.

Les bruits anomaux qui se produisent dans les séreuses sont de trois sortes : a. des bruits de *frottement* résultant du glissement de leurs surfaces contiguës devenues rugueuses, et qui se constatent dans la plèvre, le péricarde et le péritoine; b. le bruit de *flot* se produisant dans le vide qui résulte de l'écartement de la plèvre par un gaz et un liquide à la fois; c. les *souffles respiratoires amphoriques*, dus le plus ordinairement à la pénétration de l'air des voies aériennes dans cette même séreuse, et les *résonnances métalliques*.

3° Je ne m'arrête pas à la *signification* de ces bruits anomaux si variés; elle ne présenterait aucun intérêt à être examinée d'une manière générale.

BUBON. — A propos des adénopathies, j'ai rappelé que les tumeurs ganglionnaires d'origine vénérienne résultaient d'une lésion locale ou d'une infection générale de l'économie. Celles d'origine locale, auxquelles est plus spécialement applicable la dénomination de *bubons*, sont facilement reconnaissables, lorsqu'il existe manifestement un chancre dans la zone lymphatique qui corres-

pond au ganglion tuméfié. L'adénopathie a pour caractère, dans ce cas, d'être mono-ganglionnaire et superficielle, ce qui la distingue des adénopathies strumeuses, qui sont ordinairement multiples et d'abord profondes.

Indépendamment des bubons concomitants des chancres, il existe d'autres tumeurs ganglionnaires, qui ont été considérées comme de véritables bubons vénériens par les uns, et comme de simples adénites par les autres. Ce sont les adénopathies qui accompagnent la blennorrhagie, et les bubons dits *d'emblée*, qui se montrent, comme accident unique, à la suite d'un coït infectant. Et comme, en pareille circonstance, aucun caractère particulier ne distingue les bubons vrais des faux bubons, il en résulte que leur diagnostic est presque toujours impossible. Le bubon d'emblée se terminerait le plus souvent par résolution, selon Diday.

Cet auteur (*Exposition critique des nouvelles doctrines de la syphilis*, 1858) a défendu l'existence du bubon d'emblée. On le diagnostiquerait, suivant lui, aux signes suivants : il serait *précédé* de phénomènes fébriles; l'inflammation serait toujours médiocre, sa durée assez longue (un mois au moins), sa terminaison habituellement heureuse; le pus que fournit la suppuration (qui a lieu une fois sur quatre) ne serait pas inoculable; jamais il ne se produirait de syphilis constitutionnelle; et enfin, comme particularité sur la valeur de laquelle insiste Diday, le bubon d'emblée apparaîtrait *trois semaines* après le coït fatal.

Quoi qu'il en soit, le point essentiel du diagnostic est, avant tout, de rechercher si la tumeur ganglionnaire ne peut pas s'expliquer par une simple lésion externe, indépendante de toute contamination vénérienne (*Voy.* ADÉNITE). Hunter a insisté sur la confusion que l'on est disposé à faire des différentes tumeurs de l'aine avec les bubons (Hunter, *Traité de la maladie* VÉNÉRIENNE, traduit de l'anglais par Richelot, 3e édition, 1859). Il rappelle que l'on a pris pour des bubons vénériens des *hernies crurales* et même des *anévrysmes* de l'artère fémorale. Boyer (de Montpellier) signale aussi un abcès par congestion comme ayant été pris, dans l'aine, pour un bubon. On comprend la possibilité de ces erreurs, lorsque l'on voit une adénite être prise pour une hernie étranglée (*Voy.* p. 17).

BULLES, BULLEUSES (Maladies). — Les soulèvements plus ou moins étendus de l'épiderme par un liquide qui constitue les bulles, appelées aussi *phlyctènes*, se montrent dans une foule de maladies, quoiqu'on n'en ait fait l'élément caractéristique que de deux affections : le *pemphigus* et le *rupia*.

D'abord toutes les affections dites vésiculeuses dans la classification de Willan, l'*herpès*, l'*eczéma*, l'éruption vésiculeuse de la *gale*, peuvent affecter la forme bulleuse par la confluence d'un plus ou moins grand nombre de vésicules voisines; ce caractère a même servi à établir pour l'herpès une forme particulière (l'*herpès phlycténoïde*). Dans ces différentes conditions, le caractère ordinaire ou simplement vésiculeux de l'éruption, dans les parties circonvoisines, fait facilement reconnaître l'origine des bulles. Il en est de même de la *miliaire*, des *sudamina* lorsqu'ils sont confluents, et enfin de la *scarlatine* dite bulleuse ou pemphigoïde, lorsque les très-fines vésicules de son éruption ont formé des ampoules plus ou moins étendues.

Nous ne ferons que rappeler les maladies dans lesquelles les bulles se montrent comme un épiphénomène à part, et non comme une modification d'une éruption vésiculeuse. Ce sont : l'*érysipèle* spontané de la face; l'*insolation* dans les pays chauds ou torrides; le mal dit *de bassine*; la *brûlure*; la *gangrène* de cause interne ou celle due à la pénétration d'un virus ou d'un venin,

la piqûre de la *tarentule,* la morsure de la *vipère*, le *charbon*, la *morve* Enfin les applications vésicantes, telles que les *sinapismes* laissés trop nps en place, les *cantharides*, l'*huile de noix d'acajou* (Bazin), l'*ammo-*, sont également suivies de phlyctènes. Le siége des bulles est souvent une ote donnée diagnostique pour en déterminer l'origine, dans plusieurs de onstances. On les constate sur les mains et les doigts, dans le mal de bas-la face, et parfois dans la gorge, dans l'érysipèle de ces régions; au ou dans le voisinage des blessures vénéneuses ou virulentes; sur les exposées au soleil, dans l'insolation; et enfin aux deux membres infé-à la suite de l'application prolongée des sinapismes.

hors de ces conditions si différentes, dans lesquelles se présentent des des phlyctènes comme signe accessoire, il y a deux affections cutanées, us dit, où les bulles forment un des caractères principaux de la maladie : igus et le rupia. Ces deux affections se rencontrent chez des individus ues. Elles sont ou non syphilitiques (*Voy.* SYPHILIDES).

s le *pemphigus*, les bulles, soulevées par de la sérosité et semblales à n vésicatoire, ont un diamètre qui varie de celui d'un pois à des dimen-fois énormes; mais ordinairement elles sont de la grandeur d'une pièce nq francs. Le pemphigus est aigu ou chronique. — *A l'état aigu*, il principalement chez les sujets jeunes; il est précédé d'un mouve-ile. La lésion cutanée débute par des *taches rouges*, au niveau des-*piderme se fronce*, se distend en *bulle*, se rompt, puis se dessèche, t une macule passagère d'un rouge brunâtre. C'est surtout aux mem-ieurs que l'on rencontre ces lésions. Parfois l'éruption avorte et reste tache, de manière à simuler un érythème papuleux (A. Hardy, *Le-*9, p. 127). Chez le nouveau-né, il survient, peu après la naissance, à la plante des pieds ainsi qu'à la paume des mains, et qui sont de philitique. — Le *pemphigus chronique* est le plus fréquent, le plus offre une succession d'éruptions désespérante par sa ténacité. A la cède quelquefois une *croûte mince* qui laisse à sa suite une *macule*, et presque toujours ces trois éléments se remarquent à la fois dans différents. On a donné à cette forme la dénomination de pemphigus Une seconde forme est dite *prurigineuse*, en raison des démangeai-pportables qu'elle occasionne; ici la peau est noirâtre, sillonnée de ésultant du grattage, onctueuse, exhalant une odeur fade et nauséeuse, ée de petites bulles caractéristiques. Enfin on a donné à une troisième nom de *pemphigus foliacé*, dans laquelle les bulles se montrent au début, ou même peuvent manquer (*Voy.* SQUAMES).

upia a été confondu avec l'*ecthyma cachectique*, vu l'impossibilité tinguer l'un de l'autre. Ce n'est pas, à proprement parler, une affection selon la juste remarque de Hardy (*Nouveau Dictionnaire de méde-chirurgie pratiques*, Paris, 1866, t. V, art. BULLES, p. 809); l'*épi-*est pas tendu, mais ridé, et le *liquide* sous-jacent est un mélange de le pus et de sang. La dessiccation de ce liquide donne lieu à la forma-*croûte épaisse, noire, proéminente*, au dessous de laquelle est une fétide, sans tendance à la cicatrisation. On a désigné sous la dénomi-*rupia escharrotica* une variété propre aux enfants cachectiques du ge, et qui ne me paraît être que le pemphigus syphilitique; du moins s de caractère qui la distingue suffisamment de cette dernière affection. *ostic* du pemphigus chronique et du rupia, qui surviennent chez des affaiblis et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, devra

toujours être formulé comme grave. L'*entérite chronique* est souvent, de part et d'autre, une complication funeste.

CACHEXIES. — Ce mot, exprimant des altérations profondes de nutrition inconnues dans leur nature intime, n'a plus aujourd'hui le sens étendu que lui attribuaient les anciens. Quoique plus restreinte, sa signification n'est pas cependant parfaitement définie.

Les éléments du diagnostic, pendant la durée toujours longue des cachexies, sont nombreux, et leur ensemble est caractéristique. Tout état cachectique ne s'annonce, à son début, que par l'ensemble des phénomènes généraux et locaux de l'ANÉMIE. Les signes de la cachexie confirmée sont plus tard les suivants: *dépérissement* de plus en plus prononcé, souvent malgré la conservation de l'appétit; tendance aux *suffusions séreuses* sous-cutanées dans les cavités séreuses, dans les poumons; tendances aux *hémorrhagies* par diverses voies, taches ecchymotiques ou de purpura, épanchements sanguins sous-cutanés ou intra-musculaires, pertes de sang par les voies naturelles, les fosses nasales, les gencives, les intestins, etc., alternatives de diarrhée et de constipation. A une période plus avancée, on observe une *anorexie complète*, un dépérissement devenu extrême, une *diarrhée rebelle*, la *fièvre hectique*, la fréquence plus grande des hémorrhagies, des syncopes, et une terminaison funeste, hâtée souvent par l'un de ces derniers accidents.

Mais ces éléments généraux, communs à toutes les cachexies, sont souvent liés à des états pathologiques dont la constatation est très-importante; car c'est sur eux seulement que l'on peut se baser pour arriver à la détermination de l'espèce de cachexie. Or, à ce point de vue, elles peuvent se diviser en quatre groupes.

1° D'abord l'étude de l'anatomie pathologique nous apprend qu'un grand nombre d'états cachectiques sont consécutifs à des lésions d'organes assez profondes pour porter une grave atteinte à la nutrition. Le cancer, les tubercules, les suppurations abondantes et prolongées, et certaines affections chroniques de la peau, en sont des exemples.

2° Sans qu'il soit aussi bien démontré que les altérations évidentes de certains organes soient le point de départ de l'état cachectique, la coïncidence de ces altérations conduit encore à distinguer un second ordre de cachexies. Je veux parler de celles qui s'accompagnent d'une altération des glandes sans conduit excréteur, glandes dites *vasculaires,* en raison de leur action encore mal déterminée sur le sang (capsules surrénales, rate, ganglions lymphatiques, glande thyroïde). Il est évident que l'on doit désormais faire une classe à part des cachexies dont la manifestation anatomique a lieu vers ces organes, et qui ont été étudiées dans ces derniers temps. Telles sont la maladie d'Addison, celle appelée improprement leucocythémie splénique ou lymphatique, et la cachexie dite exophthalmique.

3° Les recherches modernes sur le sang et sur l'urine, qui en est l'émonctoire essentiel, ont permis de fixer l'origine apparente d'un assez grand nombre d'autres états cachectiques, que l'on a pu ainsi rattacher à certaines *anémies* dues à différentes causes : à des *influences hygiéniques funestes* et longtemps continues, à l'*albuminurie persistante* de la maladie de Bright, à la *glycosurie*. On a pu alors expliquer la cachexie, soit par l'insuffisance des matériaux nutritifs et des globules dans le sang, soit par les pertes incessantes de l'albumine du sérum sanguin, ou par le défaut de combustion des éléments glycosiques. Malgré les importantes recherches d'Andral et Gavarret, on ne peut être fixé encore sur le rôle que joue la diminution de la fibrine dans le sang, et à laquelle avait été rattachée d'abord la cachexie *scorbutique*.

4° Enfin, sans que l'anatomie aidée de la chimie ait toujours pu constater le fait, il est d'observation vulgaire que les intoxications ou empoisonnements chroniques, effectués par la voie du derme, par les voies respiratoires ou par les voies digestives, s'accompagnent de cachexies lorsqu'elles sont longtemps continuées; et il me suffit de rappeler la *syphilis*, certains *gaz* délétères, comme les vapeurs de *sulfure de carbone*, le *scorbut*, les préparations de plomb, de *mercure*, l'*ergot de seigle*, les *alcooliques* et l'*opium*, comme pouvant, par un usage longtemps continué, produire des cachexies qui empruntent leur physionomie à la cause particulière et aux symptômes de l'intoxication elle-même (*Voy.* INTOXICATIONS).

Ainsi, un état cachectique étant constaté, on devra en chercher la condition pathologique dans une altération du sang liée à l'un des quatre ordres d'états morbides que je viens de passer en revue.

On doit toujours formuler un pronostic très-grave en présence de toutes les cachexies. Elles sont le plus souvent suivies de mort, sans que l'on puisse comprendre encore à quoi tient la gravité croissante des phénomènes dans beaucoup de circonstances, comme dans les cachexies liées à l'altération des glandes vasculaires, et dont il va être question ci-après.

I. **Cachexie splénique ou lymphatique**. — Nous comprenons sous cette double appellation toutes les cachexies dont la lésion commune est le développement plus ou moins considérable de la rate, auquel se joint quelquefois le développement de la généralité des ganglions lymphatiques. Ces cachexies se rapportent à trois ordres de faits : à ceux décrits par Virchow et Bennett sous les noms de *leucémie* ou *leucocythémie*, sans antécédents paludéens; en second lieu à des faits de même expression symptomatique, mais *sans exagération du nombre des globules blancs du sang* (*Voy.* LEUCOCYTHÉMIE); et enfin à des cachexies se rapportant à l'un ou l'autre des deux ordres précédents, avec des *antécédents manifestes de fièvre intermittente* (cachexie paludéenne).

Cette manière d'envisager la leucocythémie lymphatique de Virchow était pour la première fois exposée dans la première édition de cet ouvrage, lorsque Trousseau adopta cette manière de voir en décrivant avec son talent habituel la cachexie lymphatique sous le nom d'*adénite*.

1° *Éléments du diagnostic*. — Dans la cachexie *splénique*, ces éléments sont fournis d'abord par les signes généraux des cachexies rappelés plus haut, et ensuite par les phénomènes particuliers qui résultent de l'augmentation de volume de la *rate*, et quelquefois aussi de l'*organe hépatique*. La rate forme une *tumeur* lisse, qui peut être sensible seulement à la palpation, ou distendre visiblement l'hypochondre et le flanc gauches. Elle envahit souvent le côté correspondant de l'abdomen jusque dans la fosse iliaque, où l'on sent l'extrémité mousse et arrondie de l'organe se continuant, dans le voisinage de la ligne blanche, avec son bord interne qui offre quelquefois une échancrure. Cette tumeur, qui s'insinue sous les côtes où elle semble s'insérer, refoule le diaphragme et le poumon gauche, parfois au point d'augmenter notablement la dyspnée qui résulte déjà de l'anémie; ce refoulement peut également donner lieu à un *son tympanique* au niveau du tissu pulmonaire (*Voy.* TYMPANISME). D'autres données diagnostiques importantes résultent des conditions dans lesquelles survient cette cachexie splénique, comme on le verra plus loin.

Dans la cachexie *lymphatique* (adénite de Trousseau), on rencontre le même ensemble de phénomènes cachectiques et le développement anomal de la rate; mais ce qui domine, c'est l'engorgement, la tuméfaction des ganglions lympha-

tiques des aines, des aisselles, péri-maxillaires, etc., qui peuvent acquérir un volume énorme. E. A. Bonfils, qui a publié une observation remarquable de ce genre, que j'aurai plusieurs fois occasion de rappeler (*Recueil des trav. de la Soc. d'observ.*, Paris, 1857, t. I), a vu les tumeurs ganglionnaires atteindre le volume d'une tête d'enfant.

Dans ces deux formes de cachexie, il y a fréquemment exagération du nombre des globules blancs du sang ou LEUCOCYTHÉMIE. Mais comme cette leucocythémie se montre dans les états cachectiques les plus divers, puisqu'on l'a rencontrée, par exemple, avec le cancer, les intoxications paludéennes, et comme elle n'est pas constante dans la cachexie splénique ou lymphatique, on n'est pas en droit d'en faire la lésion microscopique fondamentale ni le signe essentiel de cette cachexie complexe.

2° *Inductions diagnostiques.* — Deux données principales dominent ici l'ensemble des signes qui servent à formuler le diagnostic : le développement exagéré de la rate avec ou sans hypertrophies ganglionnaires, et l'état cachectique en lui-même. Lorsqu'on les rencontre réunis, ils suffisent pour établir l'existence de la cachexie splénique. Mais ce n'est là que le premier point du diagnostic, qui demande à être plus complétement formulé.

D'abord quelle est l'origine de la cachexie? Elle est depuis longtemps connue comme conséquence des fièvres intermittentes dans les pays marécageux, et elle est plus fréquemment observée à Paris depuis que l'Algérie est devenue française. En dehors de ces faits, les plus faciles à interpréter, il en est d'autres dans lesquels les mêmes phénomènes se constatent, sans qu'il y ait eu le moindre antécédent paludéen. Ce sont les cachexies spléniques ou lymphatiques de cette dernière espèce que Virchow et Bennett ont eu le mérite de signaler, mais en cherchant à tort à les rattacher à l'exagération des globules blancs du sang. Il sera donc nécessaire de rechercher avec soin les antécédents des malades pour établir s'ils ont eu, oui ou non, des accès de fièvre paludéenne. C'est principalement chez les adultes que l'on constatera la cachexie splénique ; mais on n'oubliera pas qu'elle peut aussi s'offrir dans l'enfance ou la vieillesse (13 ans et demi, 69 ans). J'en ai observé un exemple chez un enfant à la mamelle qui avait une rate énorme, et qui succomba à une cachexie progressive ; il était en nourrice dans une localité très-élevée des environs de Paris, et exempte de toute influence palustre.

Il est évident que, en présence des phénomènes cachectiques liés à la tumeur de la rate ou à la tuméfaction généralisée des ganglions lymphatiques, des erreurs de diagnostic ne peuvent avoir lieu que lorsque l'on néglige d'explorer la cavité abdominale, surtout à la première période de la maladie. C'est ainsi que les troubles nerveux variés de l'anémie, les vomissements qui existent dans certains cas au début, que la dyspnée avec toux sèche, amaigrissement, sueurs, diarrhée, que les infiltrations séreuses, les hémorrhagies, etc., feront croire à l'existence d'affections organiques variées, et principalement de la phthisie, qui est la plus commune. Le son plus clair (tympanique) que j'ai signalé au niveau du poumon gauche refoulé par la rate augmentée de volume, peut tromper en faisant croire à une diminution relative de la sonorité sous-claviculaire droite, qui serait produite par des tubercules ; mais alors la rate a acquis un tel volume que la tumeur qu'elle forme attire forcément l'attention. Les hémorrhagies et le dépérissement cachectique de la cachexie splénique pourraient être attribués à un cancer interne. Mais, je le répète, ce n'est que si l'on néglige d'explorer l'abdomen et la rate que ces erreurs sont possibles. Cependant il y a des cas exceptionnels dans lesquels, tout en reconnaissant une cachexie, on pourrait croire à une

hypertrophie splénique qui n'existe pas réellement. C'est ainsi que Becquerel (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1855), constatant une matité splénique qui semblait être de 22 centimètres sur 15, avec leucocythémie, avait dû diagnostiquer une cachexie splénique, et qu'à l'autopsie il ne trouva, outre un cancer de l'ovaire, que des fausses membranes épaisses et infiltrées de sérosité du côté gauche de l'abdomen.

L'existence de la cachexie splénique ou lymphatique une fois établie, à l'aide des signes actuels et des commémoratifs, on aura résolu en même temps les autres questions diagnostiques, si l'examen des malades a été suffisant. Ces questions sont le degré, les lésions appréciables, la forme et les complications de la maladie.

Quant au *degré* de l'affection, il résulte de la période plus ou moins avancée à laquelle elle est arrivée, période qui ressort de l'ensemble des phénomènes que j'ai rappelés plus haut. — La constatation des *lésions* ne doit pas comprendre seulement l'augmentation de volume de la rate et des ganglions lymphatiques, mais encore l'hypertrophie du foie et les autres lésions accidentelles qui peuvent concurremment exister. L'état du sang doit aussi être recherché avec soin, à l'aide du microscope. Il n'est pas indifférent, en effet, de savoir s'il y a ou non exagération du nombre des globules blancs du sang, ou *leucocythémie;* car la gravité fatale qu'a toujours présentée la cachexie avec cette lésion démontre la nécessité de cet examen, non-seulement lorsque la couleur terne ou brunâtre du sang rendu par hémorrhagie fait soupçonner la leucocythémie, mais même lorsque cette circonstance fait défaut. Nous supposons que, dans l'examen microscopique du sang, on prenne toutes les précautions indiquées à l'article LEUCOCYTES, et sans lesquelles on peut croire à une leucocythémie qui n'existe pas réellement. Suivant le docteur Magnus Huss (de Stockholm), il y aurait formation presque constante de *pigment noir* dans le sang, lorsque la cachexie complique les fièvres intermittentes. Si le fait se confirmait, il faudrait considérer cette donnée microscopique comme signe distinctif de la cachexie splénique d'origine paludéenne. — Cet examen microscopique du sang est nécessaire non-seulement pour juger de la gravité de la cachexie splénique ou lymphatique, mais encore pour servir à en déterminer la forme. J'ai établi, en effet, que, d'après les faits recueillis, il fallait admettre une forme avec antécédents paludéens (cachexie paludéenne), et deux autres formes dans lesquelles ces antécédents paraissent faire défaut. Or, ces deux dernières formes ne se distinguent l'une de l'autre que par l'existence ou par l'absence de la leucocythémie considérée comme épiphénomène. Les ganglions, le foie, la rate, examinés au microscope, ne montrent qu'une hypergénèse des éléments normaux, sauf dans un fait de Potain, où la rate présentait à la coupe un très-grand nombre de points blancs de la grosseur de grains de chènevis, et qui étaient constitués par des noyaux en tout semblables à ceux des ganglions lymphatiques.

Enfin, parmi les *complications* qui peuvent survenir, il ne faudrait pas comprendre la prédominance de certains symptômes, en général ultimes, comme les syncopes plus ou moins répétées, les hémorrhagies abondantes, la diarrhée excessive, la dyspnée allant jusqu'à la suffocation. Cependant la dyspnée peut dénoter une véritable complication lorsqu'elle a le caractère *asphyxique,* et qu'elle est due à la compression des bronches par les ganglions bronchiques hypertrophiés, comme dans le fait rapporté par Bonfils (*loc. cit.*). Comme complications réelles, on a noté encore des affections très-variées, ainsi que dans toutes les autres espèces de cachexies. Ce sont la *congestion sanguine* et l'*œdème des poumons*, un *épanchement pleurétique* ultime, l'ictère accom-

pagnant l'augmentation de volume du foie, la *maladie de Bright*, etc. On n'oubliera pas que certaines de ces complications peuvent n'être que de simp coïncidences.

3° *Pronostic.* — La cachexie splénique ou lymphatique est suivie de m qu'il y ait ou non leucocythémie. Comme phénomènes ultimes, il y a rarem un peu de subdelirium ou du coma; la connaissance se conserve ordinairem jusqu'à la fin, et les malades s'éteignent. Quelquefois la mort est subite, p duite ou non par une hémorrhagie cérébrale; d'autres fois enfin elle est ac lérée par une parotide ou une autre complication. Les rares faits de guéri se remarquent principalement dans les cas d'intoxication paludéenne.

II. **Cachexie surrénale.** — Dans cette maladie, qui est la *maladie d'A dison* proprement dite, ce n'est pas directement que l'on s'assure de la lési des capsules surrénales coïncidant avec un état cachectique. C'est la *colorati bronzée de la peau* qui fait soupçonner cette lésion, mais sans en être le si pathognomonique; aussi ai-je dû traiter du diagnostic de cette espèce cachexie au mot BRONZÉE (Peau ou maladie).

III. **Cachexie thyroïdienne ou exophthalmique.** — Cette affecti singulière, connue aussi sous la dénomination de *Maladie de Graves* (du n de l'auteur qui l'a signalée), a été entrevue d'abord par les ophthalmologis Étudiée plus complétement en Angleterre et en Allemagne, elle a été obser et décrite en France par le docteur Charcot (*Gaz. méd. de Paris*, 1856; G *hebdom. de méd. et de chir.*, 1859), puis par Fischer (*Arch. de méd.*, 18 t. XIV). Gros et Hervieux en ont publié des exemples. Malgré les nombreux t vaux dont elle a été l'objet, cette cachexie est restée inconnue dans sa nat pour Fischer, elle n'existe même pas comme maladie particulière, et les s qu'on lui attribue ne seraient, comme pour Begbie, que des effets éloignés l'anémie. Mais il est évident que ce sont précisément les signes de l'ané auxquels se joint un groupe de symptômes tout à fait particuliers, qui font d maladie de Graves, non un exophthalmos spécial, mais une cachexie à p Trousseau, qui a exposé dans une de ses leçons l'histoire clinique de ce affection, l'a considérée non comme une cachexie (qu'il comprend com expression extrême de dépérissement chronique), mais comme « une névro congestions locales ayant sa cause prochaine dans une modification de l'app reil vaso-moteur » (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II).

Ce qui attire immédiatement l'attention chez les individus atteints de ce maladie, c'est la *saillie prononcée des globes oculaires* qui existe le p souvent, le *développement de la glande thyroïde*, les *battements visibles* d artères, et les signes extérieurs de l'*anémie*. La constatation de ces sig réunis suffit au diagnostic, et chacun des trois premiers, perçu isolément, d suggérer l'idée de rechercher les autres. Lorsque la maladie est déjà ancien les antécédents apprennent que des *palpitations* artérielles et cardiaques, tumeur thyroïdienne et l'exophthalmie ont indifféremment marqué le début, même temps que l'anémie suivait son cours. L'exagération des battements c diaques et artériels au point d'être sensibles à la vue, est un signe qui, mê isolé, peut révéler la maladie, car il est constant. Mais il n'acquiert une vé table valeur que par le développement ultérieur du corps thyroïde.

Ces phénomènes présentent des particularités complémentaires utiles à co naître. Suivant Stokes, les pulsations radiales sont presque toujours faibles, al même que celles des carotides sont très-violentes; et, selon Charcot, l'ao abdominale pourrait, comme les artères du cou, être affectée de battem énergiques; il en serait de même des artères thyroïdiennes superficielles. A

ation, les principaux troncs artériels sont le siège d'un *frémissement* *ire*, et, à l'auscultation, d'un *souffle* rude et continu, avec redoublements. a constaté chez quelques sujets, mais non chez tous, une matité précordiale due. Je dois ajouter qu'il n'y a pas de fièvre, et que la nutrition n'est pas tuellement altérée, sauf dans les cas où la cachexie devient de plus en plus onde et se termine par la mort, survenue chez environ le quart des sujets 10 sur 40, selon Charcot). Dans les cas de guérison, qui est parfois spon-e, le goître et l'exophthalmie peuvent indéfiniment persister, alors que les pitations ont depuis longtemps cessé.

n a observé comme complications de la cachexie thyroïdienne ou exophthal-que l'*hémorrhagie méningée* (Hirsch), et, moins rarement, une sorte de *rose de la cornée*, observée en Allemagne (Charcot, *Gaz. hebdom. de* d.).

CAILLOT. — *Voy.* SANG.

CALCULS. — Très-rarement il se manifeste des phénomènes qui peuvent re craindre ou, jusqu'à un certain point, prévoir la formation de certains ls, comme la gravelle le fait pour ceux des voies urinaires. Le plus ordi-rement ils se développent d'une manière latente, et dès lors il peut arriver choses : ou qu'ils restent latents toute la vie; ou bien que, parvenus à un tain volume, ils se manifestent seulement alors par des signes variables. Ces es sont tantôt directs ou locaux, tantôt indirects ou plus ou moins éloignés leur point de formation. Parmi les accidents qu'ils provoquent par leur pré-ce, les plus graves sont manifestement ceux qui résultent de leur migration, s ou moins difficile, dans les conduits naturels, ou à travers les solides des organes. Ces différents éléments symptomatiques sont ceux qui ser-t au diagnostic; mais il arrive trop souvent qu'ils sont méconnus dans leur e, et que le diagnostic ne peut se porter que tardivement, lorsque le cal-est expulsé au dehors du corps. Ce n'est plus là un diagnostic bien utile, à s toutefois que les calculs ne soient multiples, et que la connaissance du à l'expulsion ne vienne éclairer plus tard et expliquer l'apparition de nou-troubles pathologiques semblables à ceux d'une première attaque.

Parmi les symptômes locaux produits par les calculs, dans les conditions je viens de rappeler, on compte principalement : la *douleur*, quelquefois de, ordinairement subite et plus ou moins violente ; les *troubles fonction-* qui diffèrent suivant les organes où se forme le calcul, et aussi suivant qu'il traverse pendant sa migration; l'arrêt ou l'accumulation des produits écrétion dans les organes par le fait de l'oblitération de la voie d'excrétion; n l'expulsion subite et abondante de ces liquides par les voies naturelles, que l'obstacle a cessé par le déplacement ou l'expulsion du calcul lui-. Les caractères physiques ou chimiques des calculs expulsés au dehors en particulier la source de données diagnostiques d'un grand intérêt. L'im-ant pour le médecin est de savoir distinguer les calculs qui proviennent des biliaires de ceux qui sont primitivement formés dans d'autres organes, et sont, comme les premiers, rendus par les selles, ou par des plaies fistuleuses l'abdomen, notamment de l'ombilic, ou enfin par le vomissement. Quant aux calculs urinaires, formés le plus souvent d'acide urique et d'oxalate de chaux, phosphates et de cystine, ils ne peuvent être expulsés qu'à la condition un petit volume (11 à 14 millimètres au plus de diamètre). Leur expul-par l'urètre ne laisse d'ailleurs aucun doute sur leur origine. Les calculs aires qui sont rendus par les voies indiquées tout à l'heure, tantôt sont iso-, et tantôt constituent seulement le noyau de calculs intestinaux plus consi-

dérables. Les calculs ou les noyaux biliaires sont d'un volume variant de d'un petit pois à celui d'un œuf de poule, arrondis, plus souvent polyédri lisses, jaunes ou brun jaunâtre, comme marbrés, d'une consistance analogue à du savon desséché, formés de couches concentriques, onctueuses au toucher légers que l'eau, fondant comme un corps gras par la chaleur, brûlant avec fla et laissant à peine de résidu, solubles enfin dans l'alcool bouillant, qui l ensuite précipiter par le refroidissement des aiguilles de cholestérine, blan cristallines, et prenant au contact de l'acide sulfurique une couleur roug

La connaissance de la *marche* des accidents observés est également néces au diagnostic dans certains cas. La rapidité de l'invasion et de la cessatio douleurs qui résultent le plus souvent du déplacement d'un calcul dan conduits qu'il occupe, en est un exemple frappant. Enfin il n'est pas ju certaines *conditions étiologiques* qui n'aient, suivant quelques observateur certain degré d'utilité, soit une cause accidentellle agissant, par exemple déplaçant brusquement un calcul, soit même une cause prédisposante, co l'alimentation comprenant certaines substances (l'acide oxalique, certa substances médicamenteuses, comme la magnésie, ainsi qu'on le verra loin).

Nous ne saurions sortir ici de ces généralités, en raison des différences présente le diagnostic des calculs sous le rapport de leur siége, de leurs co plications, de leur pronostic.

La considération du siége des calculs étant fondamentale dans le diagn des affections calculeuses, il est indispensable de traiter à part du diagn des calculs des différents organes ou appareils d'organes, en négligeant to fois ceux qui ne donnent lieu à aucun symptôme, ou ceux qui sont essenti ment du ressort de la chirurgie. — Parmi les premiers, nous rangeons les c crétions crétacées des poumons, qu'elles soient dues à une transform tuberculeuse ou de toute autre nature, comme celui que Charcot a trouvé d une caverne pulmonaire (*Union méd.*, 1859, t. I). Cependant il résulte d'l discussion qui a eu lieu en 1865 à la Société des hôpitaux que des calcul des concrétions pulmonaires donnent lieu quelquefois à des signes de bron chronique ou de phthisie tuberculeuse (sans qu'il y ait de tubercules dans poumons), ou bien à des vomiques successives, comme dans le fait intére rapporté par Guibout. Ces calculs, même ramifiés et comme moulés dans divisions bronchiques, peuvent être expulsés (Guibout) et révéler ainsi la na de l'affection, jusque-là inconnue. Des hémoptysies survenant auparavant ten à faire croire à une phthisie tuberculeuse (*Bull. et Mém. de la Soc. hôp.*, 1865, t. II, 2e série). — Les calculs qui sont du ressort chirurgical co prennent ceux des *fosses nasales*, ceux de l'appareil *salivaire*, du *scrotum* les calculs *vésicaux*. On peut considérer comme des calculs intéressant fois le médecin et le chirurgien les concrétions tophacées que François Bart a constatées chez un goutteux, et qui donnèrent lieu à un abcès fistuleux gros orteil que l'on crut occasionné par une carie (*Soc. méd. des h* novembre 1856).

Nous allons traiter ci-après du diagnostic des *calculs des voies biliai* des calculs *intestinaux*, et de ceux des voies urinaires dont le diagnostic in resse plus particulièrement le médecin. Nous avons cru inutile de nous occu des *calculs du pancréas*, attendu qu'il a été jusqu'à présent impossible de reconnaître pendant la vie, quoique cette affection, très-rare d'ailleurs, donné lieu à des *douleurs* assez vives dues à la pénétration du calcul dans canal pancréatique, à une *tumeur* résultant de la distension du pancréas

les *fonctionnels de l'estomac*. On ne pourrait tout au plus que soup-
s calculs pendant la vie.

uls biliaires. — Dans l'étude du diagnostic de ces calculs, il ne erdre de vue ce fait d'anatomie pathologique qu'ils peuvent occuper ules du canal hépatique, la vésicule, les canaux biliaires, en être lans le canal intestinal, pénétrer dans d'autres organes, ou enfin se au dehors à travers les téguments. Cette distinction est d'autant plus , que les signes auxquels on reconnaît la présence des calculs biliaires ns ces différentes circonstances.

ans les *radicules du canal hépatique,* les concrétions biliaires sont uvent latentes; elles ne sauraient être reconnues pendant la vie, même n résulte des *douleurs sourdes*, qui sont complétement insuffisantes l'on puisse se prononcer. Les signes de colique hépatique existassent ertains cas, ainsi que l'a avancé le docteur Fauconneau-Dufresne, sauraient non plus mettre sur la voie de ce diagnostic anatomique.

a présence des calculs biliaires dans la *vésicule,* souvent latente aussi a vie, se manifeste quelquefois par des signes non équivoques. Je ne parler des signes vagues qui ont été signalés, comme les *troubles* , la *constipation*, l'*hypochondrie*, la gêne, la pesanteur ressenties *pochondre droit;* mais des signes perçus au niveau de la *vésicule e* et dépassant le rebord inférieur des fausses côtes. Outre la consta- cette distension, sensible à la palpation et à la percussion, on peut, percevoir le choc des calculs ou leur frottement réciproque, si l'on fait malade des efforts de défécation. Cette *collision* a pu être sensible à à l'aide du stéthoscope maintenu appliqué pendant les mouvements à la tumeur (*Voy*. Biliaires [Voies). La vésicule offre aussi parfois *té pierreuse* sans collision possible des calculs, lorsque ceux-ci sont ux et pressés les uns contre les autres. Enfin la présence des calculs ésicule y détermine parfois des lésions, et notamment une inflamma- nous avons traité ailleurs (*Voy*. Cholécystite), et qui peut se terminer cès de la vésicule.

Dans les conduits biliaires. — Lorsque les calculs, émigrant le plus ors de la vésicule où ils se sont formés, et quelquefois provenant des du conduit hépatique, s'engagent dans les conduits cystique ou hépa- is dans le canal cholédoque, la *colique hépatique* survient. Les acci- alors une physionomie spéciale qui frappe l'observateur, et souvent ils premiers signes des calculs biliaires; aussi ont-ils dû être exposés à y. Coliques). Ils constituent véritablement les éléments les plus s et les plus ordinaires du diagnostic des calculs.

En dehors des voies biliaires, les calculs peuvent déterminer des es des conduits biliaires, les perforer, puis être rejetés extérieurement s les parois abdominales (*Voy*. Abcès, Fistules), ou tomber dans le , où ils déterminent une péritonite rapidement funeste. Enfin, ils le plus souvent l'intestin, après avoir parcouru le canal cholédoque, et étration est annoncée par la cessation rapide des douleurs et l'appari- selles bilieuses plus ou moins abondantes, dans lesquelles on trouve ment le calcul expulsé. Ce calcul, si sa nature est douteuse, a des élé- actéristiques à l'examen microscopique *fig*. 15, p. 164. La concré- ire, quelquefois d'un tel volume qu'on s'explique difficilement comment traverser les conduits biliaires, peut produire les accidents de l'occlu- stinale. Si le calcul séjourne longtemps dans l'intestin, il grossit par

des stratifications successives, et constitue un CALCUL INTESTINAL, ou bien, s'en gageant dans l'appendice cœcal, il y détermine une inflammation ulcérative et une péritonite mortelle p perforation. Enfin o aussi rencontré des où le calcul, au lieu déboucher dans l'i testin par le canal c lédoque, a pén dans le tube intesti par une ouverture cérative accidentel des - adhérences p tectrices ayant em ché la concrétion tomber dans la ca du péritoine. Dans cas de cette espè Louis a vu la m due à la distension la vésicule par un cul volumineux place à une son tympanique prod par la pénétration, d la vésicule, de l'air contenu dans l'intestin, après l'émigration accidentelle d concrétion biliaire. Marrotte a rapporté une observation dans laquelle la pal tion de la région sous-hépatique a déterminé immédiatement la cessation douleurs en facilitant sans doute la chute du calcul dans l'intestin (*Union mé cale*, 1856). Hipp. Bourdon a constaté anatomiquement, entre la vésicule e côlon, une perforation qui avait donné passage à un volumineux calcul bili lequel avait produit dans l'intestin une obstruction mortelle (*Union médic* 1859, t. II).

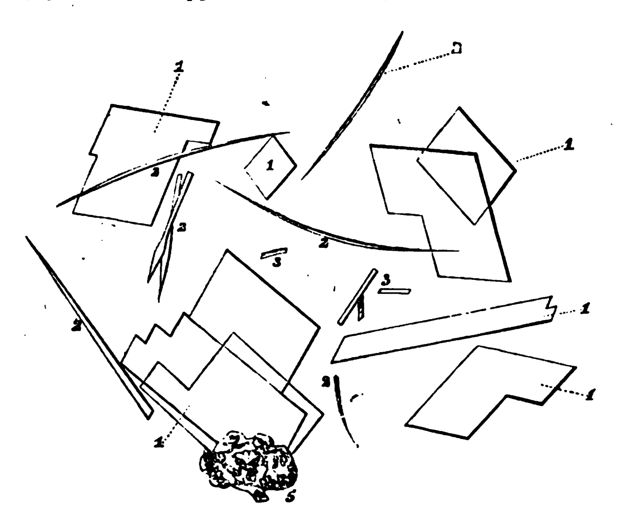


Fig. 15. — 1, Analyse microscopique d'un calcul biliaire : 1, tablettes rhomboïdales de cholestérine ; 2, cristaux aiguillés de cholate de chaux ; 3, cristaux bacillaires de même substance ; 4, substance amorphe colorée en vert (Luton, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*).

II. **Calculs intestinaux** ou *Entérolithes*. — Ces concrétions, nomm aussi *bézoards*, ont été l'objet d'un travail de Monro, paru en 1831 (*Arch. méd.*), et surtout d'un Mémoire intéressant de J. Cloquet (*Acad. des sc.*, 18 De même que beaucoup de calculs de la vessie, qui ont pour noyaux des f ments de sonde, des caillots de sang, les concrétions intestinales renferm ordinairement aussi à leur centre un corps étranger : portion d'os, noyau fruit, calcul biliaire, caillot de sang desséché, matières excrémentitielles c crétées, plus rarement des amas de fibres végétales enveloppées d'une co de carbonates et de phosphates, et qui se rencontrent presque toujours chez individus qui font abus de la farine d'avoine (comme en Écosse, en Irlande, nord de l'Angleterre et en Bretagne). Des magmas de magnésie, chez les ind dus qui font abus de ce médicament, constituent quelquefois aussi de vérita calculs. Enfin l'usage du lait chez les enfants à la mamelle et son abus l'adulte donnent lieu à la formation de masses de caséine arrondies, demi-tra parentes, élastiques, et d'une odeur fortement ammoniacale (J. Cloquet).

1° *Éléments du diagnostic*. — Beaucoup de calculs intestinaux restent grossissent pendant des années dans l'intestin sans donner lieu à des signes p ticuliers, et lorsqu'ils en fournissent, ces signes varient suivant leur siége, l

ne, leur mobilité ou leur fixité dans le canal intestinal. Pour que les entéro-s produisent des troubles fonctionnels, il faut, en général, qu'ils aient acquis ertain volume ou qu'ils soient placés au niveau d'une partie rétrécie de stin. Le malade éprouve alors une *douleur* fixe, profonde, accompagnée is de *sensations bizarres* (telles que celle d'une boule remontant à l'œso-e, d'un poids comprimant les viscères, d'une corde étreignant l'abdomen), oquets, des *vomissements* muqueux et bilieux, quelquefois sanguinolents, elles *diarrhéiques*, séreuses, sanguinolentes, entraînant parfois des par-s du corps étranger, et alternant avec une *constipation* opiniâtre. Dans les eureux, après de longues souffrances qui le réduisent au dernier degré de asme, le malade rend enfin les *concrétions* par l'un ou l'autre orifice du digestif, suivant leur position, par un ABCÈS qui s'ouvre à travers la peau, a vulve ou par l'anus. Quelquefois l'intestin se *perfore* avant que les adhé-es se soient établies, et il survient une *péritonite mortelle*. Enfin, si une e accidentelle augmente les entraves apportées aux fonctions digestives, les ents de l'OBSTRUCTION INTESTINALE ou de la *péritonite aiguë* sans perfo-n se déclarent et entraînent la mort. A la palpation de l'abdomen, on a quefois la sensation d'une ou de plusieurs *tumeurs* plus ou moins mobiles, par le palper rectal, la sensation des concrétions elles-mêmes descendues s le rectum.

° *Inductions diagnostiques*. — On voit, d'après ce simple exposé, combien oit être facile dans un petit nombre de cas, mais extrêmement difficile dans plus grand nombre d'autres, de diagnostiquer les calculs intestinaux pendant rie. Les troubles digestifs ne présentent par eux-mêmes rien de spécial et res-mblent à ceux qui se rencontrent dans une foule d'autres affections; les alter-tives seules de constipation et de diarrhée peuvent faire tout au plus soupçonner xistence d'un rétrécissement dans un point de l'intestin; mais quelle est la nature e ce rétrécissement? C'est ce qu'il est alors impossible de décider, à moins ue l'on ne sente à la palpation une tumeur dont la dureté puisse faire soupçon-er une concrétion calculeuse; cependant ce ne sera encore qu'une simple pré-somption. Il en sera de même des signes d'étranglement et de ceux de la péri-tonite par perforation. Le diagnostic ne pourra être certain, en effet, que dans deux circonstances : s'il y a expulsion d'un calcul unique ou de calculs plus ou moins nombreux par les voies que j'ai indiquées plus haut; ou bien si le toucher rectal permet de sentir directement les concrétions. Dans ce dernier cas, il y a cependant une cause d'erreur, c'est l'accumulation au-dessus de l'anus de matières fécales desséchées; mais, dans le doute, il sera facile, en explorant, de gratter la concrétion avec l'ongle : on aura alors la sensation d'une véritable concrétion pierreuse, si c'est un calcul, ou bien on pourra détacher facilement une petite parcelle du corps étranger, s'il s'agit d'un amas de matières fécales. Quel que soit le mode d'expulsion d'un calcul intestinal, il faut le faire briser ou scier en travers pour s'assurer de la nature du corps étranger qui en forme le centre; il est important, par exemple, de savoir si ce noyau central est un cal-cul biliaire tombé dans l'intestin, comme c'est le cas le plus ordinaire. En inter-rogeant le malade, on constatera, ou l'on aura déjà constaté, des coliques hépa-tiques antérieures. Dans les cas de concrétions centrales d'une autre nature, les antécédents pourront aussi éclairer le médecin, comme l'abus antérieur de la magnésie, lorsque le calcul est dû à l'agglomération de cette substance médica-menteuse.

3° Le *pronostic* des calculs intestinaux varie suivant la gravité des accidents qu'ils déterminent, et parmi lesquels ceux qui ont une terminaison ordinaire-

ment funeste sont : l'émaciation résultant des troubles intestinaux ou d'i inflammation suppurative prolongée, l'étranglement et surtout la péritonite perforation.

III. **Calculs urinaires.** — Ces corps étrangers ont une composition qui est la même que celle des concrétions urinaires dont il a été question à l'article GRAVELLE. Ces concrétions, que je n'ai à examiner que dans les reins les uretères, constituent des calculs lorsque leur volume est trop considérable pour pouvoir cheminer plus ou moins librement dans ces derniers conduits. Les calculs rénaux siégent dans le tissu même du rein, ou bien, ce qui est presque constant, occupent les calices ou le bassinet de l'organe, où ils manifestent leur présence que par les accidents qu'ils y produisent comme corps étrangers. On a bien pu, dans des faits exceptionnels, et lorsque les calculs étaient plus ou moins avancés dans l'uretère, les sentir au palper abdominal comme dans un cas rapporté par le docteur Caillat (*Union méd.*, 1856); mais dans cette circonstance même, ce sont les accidents que détermine la présence de la concrétion dans les voies urinaires qui mettent sur la voie du diagnostic. Parmi ces accidents, les attaques de *colique néphrétique* occupent le premier rang. La colique néphrétique joue ici, comme phénomène actuel ou antérieur, le même rôle important que la colique hépatique pour le diagnostic des calculs biliaires. Les calculs urinaires manifestent encore leur présence par la *néphrite,* par la *pyélo-néphrite*, ou par la *rétention de l'urine* au-dessus de l'obstacle, et enfin par les *abcès* qui en résultent et les complications que ceux-ci peuvent déterminer.

Quoique je n'aie pas à m'occuper spécialement des calculs vésicaux, je dois faire remarquer qu'ils donnent lieu à des troubles fonctionnels (*épreintes, douleurs dans la miction, ténesme vésical, hématurie, érections*), trop souvent qui ont souvent été attribués à d'autres causes qu'à des calculs. Chez les très jeunes enfants, l'acidité de l'urine et l'irritabilité constante de la vessie ont quelquefois les signes de calculs vésicaux, et ces signes, existant dès la naissance, ont fait croire à Cooper Foster que cette lésion pouvait être congénitale.

Le diagnostic des calculs rénaux, qui intéressent plus particulièrement le médecin, consiste principalement à reconnaître ces calculs comme causes des accidents que j'ai rappelés plus haut, et qui, en définitive, sont les points de départ des inductions qui conduisent à la solution du problème. Nous ne pouvons donc que renvoyer le lecteur aux mots COLIQUES (néphrétiques), HÉMATURIE, PYÉLITE, RÉTENTION D'URINE, ABCÈS.

Le pronostic de la présence des calculs dans les voies urinaires, en amont de la vessie, est aussi variable que les effets qu'ils produisent. On peut dire que ce pronostic tire surtout sa gravité de l'obstruction complète et permanente des voies urinaires, et des désordres qui en résultent.

CALENTURE. — *Voy.* CONGESTION CÉRÉBRALE.

CALORIFICATION. — On doit aujourd'hui partager l'opinion des auteurs modernes qui voient dans la calorification, c'est-à-dire dans le dégagement du calorique qui s'opère dans l'économie animale, un résultat de l'accomplissement de tous les actes d'assimilation de l'organisme, et non une fonction particulière.

Étudiée surtout dans les dernières années dans les maladies, la calorification a fourni des résultats très-importants et dont l'application à la pratique ne saurait être exposée qu'au mot THERMOMÉTRIE, le thermomètre étant l'instrument indispensable pour l'utilisation de ces résultats au lit du malade.

CANAL THORACIQUE. — *Voy.* LYMPHATIQUE (Appareil).

CANCER. — La question du cancer est théorique ou pratique; et

rès ces deux points de vue qu'ont été formulées les doctrines nosologiques ette affection. Les anatomistes s'efforcent de se baser sur les distinctions oscopiques des lésions locales, avant d'étudier les symptômes; les cliniciens ndent, au contraire, sur les distinctions séméiologiques, pour arriver, en que cela est possible, à la lésion anatomique, tout en tenant grand compte travaux micrographiques modernes. La question du diagnostic du cancer, au lit du malade, ne saurait être traitée qu'au point de vue séméiologique i compris.

nvisagé de cette manière, le cancer est une affection qui, en vertu d'une ition inconnue de l'organisme, elée diathèse cancéreuse, se maste principalement par un dépément graduel avec pâleur, eresse des téguments, et dévement de tumeurs qui se subent aux tissus des organes, vant se montrer simultanément successivement dans diverses ties du corps, récidivant le plus vent après leur ablation par l'innent tranchant, lorsque l'opéon est possible, et enfin donnant, leurs localisations diverses, une sionomie ou une allure particures à la maladie, qui se termine r la mort dans la presque totalité s cas.

Les lésions ou tumeurs cancéreuses résultent, non de l'infiltraon d'éléments hétéromorphes, omme on l'a cru d'abord (Lebert), mais d'altérations d'éléments normaux. Il y a, suivant Charles Robin, une hypertrophie du noyau, du nucléole et du corps des cellules, souvent accompagnée de la déformation du nucléole et de production d'un ou de plusieurs nucléoles lorsque cette partie manque à l'état normal. Le corps des cellules et même le noyau peuvent devenir granuleux, offrir des cavités, etc. *Fig.* 16.



Fig. 16. — 1, 1, noyaux cancéreux; 2, cellules-types; 3, cellules en raquette; 4, fusiformes; 5, excavées; 6, plaques en lamelles à noyaux multiples.

Nous n'énumérons pas les variétés de cancer qui ont été admises ou discutées, et qui peuvent se différencier par la nature ou la prédominance de certains éléments histologiques. Pour le médecin qui a à diagnostiquer le cancer des organes internes, ces variétés importent peu, si les signes et l'évolution de la maladie sont ceux que j'ai rappelés tout à l'heure.

Ainsi envisagée, la maladie cancéreuse se *manifeste* par des signes généraux,

par des signes localisés, communs dans les différents organes, et enfin signes particuliers à la lésion de chaque organe.

Avant de traiter du diagnostic du cancer d'après ses localisations div doit donc être envisagé d'une manière plus générale, et d'après le communs à toutes les localisations.

I. Cancer en général.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de reconnaître à de particuliers la prédisposition ou la diathèse en vertu de laquelle se dév une affection cancéreuse. Il arrive même très-fréquemment que, lorsq lution de la maladie commence, elle est tout aussi latente et insaisiss n'est que lorsqu'à des troubles fonctionnels chroniques de certains or joignent des conditions particulières qui semblent favoriser le développe la maladie, que l'on peut non la reconnaître, mais la soupçonner. Les s deviennent des probabilités si les troubles symptomatiques sont t insolites qu'ils ne peuvent s'expliquer par aucune autre maladie. Enfin quiert la certitude de l'existence de l'affection cancéreuse que par la c tion d'une tumeur présentant des particularités caractéristiques, et par l'e manifeste d'un état cachectique concomitant. Mais il est indispensable d' ce sujet dans quelques détails.

Parmi les signes actuels de la maladie, l'aspect extérieur du sujet faire soupçonner, si elle est déjà avancée. Il y a alors un *amaigrissem* indique un dépérissement prononcé, une *coloration jaune-paille* de une *pâleur* qui s'étend aux muqueuses accessibles à la vue, une *la* manifeste. Ces signes de cachexie cancéreuse, complétés ordinairement symptômes de dyspepsie, ne peuvent mettre sur la voie du diagnostic q qu'il existe déjà, depuis un certain temps, d'autres signes que l'on doit r au cancer. — 1° Il y a des *douleurs*, parfois très-vives, lancinantes, téré d'une violence extrême dans certains cas, mais qui sont loin d'être a quemment intenses qu'on l'a voulu dire, et qui peuvent même man 2° Les *troubles fonctionnels*, qui varient suivant l'organe affecté, o par eux-mêmes une signification particulière, comme les vomissements heures après les repas, dans le cancer de l'estomac, et tantôt n'acqui valeur que par voie d'exclusion et par leur étrangeté même. Ces sy peuvent d'ailleurs résulter simplement des changements physiques prod les organes par le développement du cancer, et qui sont caractérisés compressions ou des coarctations avec obstacle au cours du sang, au c matières alimentaires, fécales, ou des liquides sécrétés. — 3° Les *excrétées* par les voies digestives, respiratoires et génito-urinaires, présenter des caractères spéciaux, tels que des cellules ou des fragm *matière encéphaloïde*, contenir du sang, des éléments pigmentaires, constituer de véritables *hémorrhagies* qu'on ne saurait rapporter à autre affection que le cancer, et qui sont fréquemment un excellent s 4° Enfin les données fournies par l'exploration de la région ou de l'organe au moyen de l'*inspection*, de la *palpation*, de la *percussion*, de l'*a tion*, du *cathétérisme*, et parfois des *ponctions exploratrices*, fourni signes importants, s'ils dévoilent l'existence de la *tumeur*, qui con principale manifestation anatomique de la maladie. Les engorgem *ganglions lymphatiques* correspondants sont un autre signe concomita grande valeur.

La tumeur, quoique n'étant pas pathognomonique, est la donnée diag la plus importante; aussi, lorsqu'elle manque, le diagnostic n'est-il

souvent qu'obscurités et conjectures. Il en résulte aussi que les cancers dont la lésion est inaccessible ou trop profondément située pour pouvoir être constatée, ou bien ne peuvent être diagnostiqués (dans la cavité crânienne, par exemple), ou bien ne peuvent être que soupçonnés indirectement par suite de l'ensemble insolite des phénomènes observés, ou de la constatation de certains signes qui ne peuvent guère s'expliquer que par l'existence d'un cancer.

Les antécédents sont une source de données diagnostiques très-importantes. L'âge du malade doit d'abord attirer l'attention, la plus grande fréquence du cancer interne existant entre quarante et soixante ans, sauf pour le cancer des os, qui s'observe en général dans l'enfance et la jeunesse (Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*). L'*âge adulte* avancé sera donc une condition étiologique dont on devra tenir compte, quoiqu'elle n'ait rien d'absolu. Il en sera de même de l'*hérédité* que Lebert a constatée dans un septième seulement des faits. Ces données étiologiques, dont l'influence ne saurait être niée, sont pourtant secondaires, de même que les *chagrins prolongés*. Sous le rapport des commémoratifs, la marche plus ou moins rapide, mais toujours progressive, de la maladie, et l'inefficacité des traitements employés, seront des commémoratifs qui auront une certaine utilité. Les lésions cancéreuses locales sont encore la source des éléments les plus importants du diagnostic. C'est ainsi que la préexistence d'une lésion cancéreuse bien constatée, ou l'ablation d'une tumeur externe de même nature plus ou moins *récente*, éclaireront sur la nature de symptômes chroniques survenant au niveau d'autres organes et ne pouvant se rapporter manifestement à aucune autre maladie connue. Cazalis et Charcot ont signalé comme fréquente chez les cancéreuses de la Salpêtrière une *paraplégie* douloureuse, incomplète et due à des masses cancéreuses développées secondairement dans les vertèbres de la colonne lombaire qui s'incurve, ce qui rétrécit le canal rachidien. Les douleurs des membres inférieurs lancinantes, vives surtout la nuit, sont alors évidemment dues à la compression et à l'incitation des racines spinales lombaires (*Union méd.*, 1865).

La détermination de la nature des lésions locales, pendant la vie, est une question rendue très-délicate par les dissentiments qui ont eu cours dans la science sur cette question. D'une part, les tumeurs encéphaloïdes sont admises sans contestation comme lésions cancéreuses; et, d'un autre côté, les ulcères rongeants de la peau et des muqueuses, autrefois regardés comme cancéreux, forment, sous le nom de CANCROÏDES, une catégorie de lésions généralement considérées comme non cancéreuses. Mais, entre ces deux extrêmes, n'y a-t-il pas des tumeurs qui peuvent avoir les allures et l'évolution symptomatique de l'encéphaloïde, quoique étant d'une nature anatomique analogue aux cancroïdes? C'est ce que des faits authentiques ne permettent plus de nier. J'en ai moi-même publié un exemple frappant (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX). Que ces faits soient rares, cela importe peu dans la pratique; il suffit qu'ils soient possibles pour qu'on les rencontre. Et, il faut bien l'avouer, à moins qu'il n'existe quelque signe qui indique la nature probable de la tumeur (expulsion de matière encéphaloïde ramollie, tumeur fibro-plastique reconnue dans une autre région du corps), rien, dans l'ensemble des phénomènes observés, ne pourra éclairer sur le diagnostic anatomique des lésions, sauf pour la forme *mélanotique* ou *pigmentaire* du cancer, dont on retrouve les éléments dans l'urine, suivant le docteur Bolze (*Voy.* URINES).

Les complications, qu'il faut prévoir si la maladie cancéreuse est reconnue, peuvent, dans le cas contraire, éclairer le diagnostic. Les hémorrhagies, tantôt dépendant de l'érosion ulcérative des vaisseaux, tantôt dues à une simple exha-

lation des muqueuses voisines ou éloignées, peuvent avoir une grande valeur soit comme donnée complémentaire, soit comme point de départ des inductions diagnostiques. Il en est de même de l'*hypertrophie*, de la *phlegmasie* des organes atteints, de la *coagulation du sang dans les veines* ou même *dans les artères* (Charcot) qui produisent des OBLITÉRATIONS VASCULAIRES, et de l'obstruction d'autres voies par les tumeurs, d'où résultent des RÉTENTIONS. C'est ainsi qu'on a observé des rétentions de la *bile* (ictère), des *aliments* dans l'œsophage et l'estomac, des *matières fécales* dans l'intestin, de l'*urine* dans les voies urinaires, et enfin l'*hydrométrie*.

Quel que soit le parti que l'on tire des éléments de diagnostic dont il vient d'être question, la localisation des lésions cancéreuses dans tel ou tel organe est la donnée qui occupe la plus large place dans le diagnostic des affections cancéreuses. C'est ce qui explique les dénominations de cancer de l'estomac, de l'utérus, etc., appliquées au cancer dont la lésion dominante et apparente appartient à tel ou tel organe. C'est également ce qui nécessite et justifie l'étude à part de ces localisations internes, dont je vais traiter. Je négligerai celles qui ne donnent lieu à aucun symptôme, en faisant remarquer que, dans les cinq sixièmes des cas de localisation interne ou externe, la localisation anatomique a lieu dans les organes digestifs ou génito-urinaires.

II. Cancers localisés.

Les symptômes locaux du cancer présentent à l'observateur certains points de ressemblance pour les lésions cancéreuses *qui occupent la même cavité splanchnique*. C'est ce qui m'engage à les considérer successivement à la tête, à la poitrine et dans la cavité abdominale.

A. Encéphale et moelle épinière.

Le cancer de l'encéphale est d'un diagnostic très-difficile, non-seulement parce qu'il échappe à toute exploration de la cavité crânienne, mais encore parce que les symptômes fonctionnels qui en résultent ne présentent par eux-mêmes rien de spécial. Ces troubles fonctionnels ne surviennent que lorsque la lésion cancéreuse a acquis un certain volume, et, malheureusement pour le diagnostic, ils sont communs à toutes les tumeurs cérébrales et consistent, ainsi que je l'ai exposé au mot TUMEURS, en des signes variés qui sont : la *céphalalgie*, les lésions des *sens*, des *facultés intellectuelles* et des *mouvements* (convulsions, paralysies variées). Il est évident que l'on ne pourra soupçonner cette localisation cancéreuse que dans le cas où une autre localisation véritablement cancéreuse aura été constatée.

Il en est absolument de même pour le cancer de la moelle épinière, qui donne lieu à des *douleurs* plus ou moins vives, à des *convulsions*, à des *accès épileptiformes* et à de la *paraplégie*. Ces symptômes sont communs à toutes les affections organiqnes de la moelle, et elles ne peuvent pas servir, par conséquent, à la distinction du cancer de cet organe pendant la vie.

B. Cancer de la gorge.

Le cancer de l'arrière-gorge est rare et mal connu. Lasègue fait remarquer (*Traité des angines*, 1868) que l'on peut attribuer au cancer des angines syphilitiques, et réciproquement. Il signale une forme de cancer épithélial de l'arrière-gorge non encore décrite, et confondue le plus souvent avec l'angine syphilitique rebelle.

C. Œsophage.

Le cancer de l'œsophage est le plus souvent de l'espèce encéphaloïde. Mais, comme l'a fait remarquer Béhier (*Clin. méd. de la Pitié*, 1864), il peut avoir la forme dite squirrheuse (œsophage cartilagineux de divers auteurs) et la forme

le, qui a été observée par Millard, Salneuve, Bucquoy, Lancereaux, etc.
: que soit d'ailleurs sa forme anatomique, ce cancer, avant le ramollis-
de la tumeur, ne se manifeste pas *localement* par d'autres signes que
rétrécissement permanent de ce conduit. Cependant un signe excep-
indiqué par J. Frank, est le gonflement et l'induration que la tumeur
r à la pression inférieure du cou, sur les côtés et en arrière de la tra-
ire. On constate aussi quelquefois un engorgement des ganglions post-
ires, qui est un excellent signe lorsqu'il existe (Béhier). — Lorsque la
st ramollie, les vomissements dus au rétrécissement œsophagien sont plus
, quoique la rétention des matières dans des cavités accidentelles creusées
organes voisins puisse parfois favoriser la rétention des matières; de
st alors que la sonde œsophagienne peut ramener du point rétréci des
sanieux qui proviennent de l'ulcération, et qui sont caractéristiques.
mmunications morbides qui se font entre l'œsophage et les organes
e poumon, les gros conduits aériens, la plèvre, l'aorte) sont les princi-
plications de cette affection (Vigla, *Arch. de méd.*, 1846). L'atrophie du
rent laryngé a été signalée aussi comme cause d'une *aphonie complète*
: maladie, qui est constamment mortelle comme lésion œsophagienne.
aurait confondre le cancer de l'œsophage avec aucune autre affection
gane, si ce n'est avec celles qui produisent aussi un RÉTRÉCISSEMENT
it de l'œsophage. Ici encore les signes généraux du cancer, s'ils coïnci-
la lésion œsophagienne, lèveront les doutes sur la nature de l'affec-
:.

YNX.

ne localisation du cancer très-rarement observée, et dont il a été publié
ervations depuis celles de Morgagni. Le diagnostic en est extrêmenent
ans la plupart des cas, où il ne peut guère se baser que sur des symp-
ctionnels que l'on rencontre dans beaucoup d'autres affections du
enrouement, puis l'*aphonie*, l'*oppression*, une *gêne* considérable au
larynx et enfin les signes d'une *asphyxie* imminente ne peuvent, en
r rien de spécial, non plus que la douleur que l'on n'a jamais notée
rsistante. Cependant il a existé, dans certains cas où la maladie était
ée, quelques autres signes particuliers, tels que le *rejet des boissons*
: (Louis, *Mém. Soc. d'obs.*, t. I, p. 169), l'*expulsion de cartilages*
uche, la *dysphagie* par suite de l'extension du cancer à l'œsophage.
deux dernières circonstances, on peut soupçonner l'existence d'un
yngien.

prouve toute la difficulté du diagnostic, c'est que, dans deux cas cités
seau et Belloc, et dans lesquels la trachéotomie fut pratiquée pour
à la suffocation, la maladie ne fut reconnue que longtemps après, par
'apparition au dehors de tumeurs ulcérées, saignantes, évidemment
es. Les matières des crachats n'ont d'ailleurs rien présenté de spécial,
le cas d'expulsion de cartilages, et l'on n'a pas signalé l'expectoration
nts de matière encéphaloïde au moment du ramollissement de la
uivant Valleix, qui admet d'ailleurs toute la difficulté du diagnostic,
n d'une tumeur sur les côtés du larynx, la désorganisation toujours
de cet organe, le rejet de matières sanieuses, l'extension de la maladie
larynx, et par suite la gêne de la déglutition, devront surtout fixer
du médecin (*Guide du méd. prat.*, 5e édit., 1866, t. II, p. 457). La
COPIE peut rendre d'importants services dans le diagnostic de cette

La mort survient par asphyxie, et, dans les cas où l'on remédie par la traché tomie à la suffocation, par extension du cancer à l'œsophage. Dans ce derni cas, la dysphagie devient de plus en plus complète.

E. Poumons et plèvre.

Le cancer du poumon et celui de la plèvre ne sauraient être distingués l'un l'autre pendant la vie, les deux organes étant simultanément affectés da presque tous les cas. En m'occupant en apparence du cancer du poumon se lement, il doit donc être entendu qu'il est question de l'affection complexe poumon et de la plèvre.

Sans être fréquente, cette localisation du cancer n'est pas non plus très-ra Outre les *douleurs* thoraciques, parfois très-vives et persistantes, d'autres f nulles, on constate comme symptômes fonctionnels la *dyspnée,* une *toux*, sè d'abord, et des hémoptysies assez fréquentes; plus tard, une expectoration *crachats* parfois insignifiants, d'autres fois considérés comme caractéristiqu vermeils ou noirs comme de la *gelée de groseille*, ou d'un rose foncé, et ont été signalés par W. Stokes. — Les signes locaux fournis par l'explorati de la poitrine me paraissent avoir plus d'importance qu'on ne leur en a attrib à la condition d'établir la distinction anatomique du cancer du poumon tumeurs isolées *peu volumineuses,* ne pouvant comprimer ou atteindre organes contigus au poumon, ou bien en masses plus ou moins considérables pouvant envahir et comprimer ces organes. Les signes locaux sont, en eff différents dans les deux cas.

On a dit, depuis Laennec, que lorsque le cancer du poumon est dissémi sous forme de petites tumeurs, il n'en existait aucun signe physique. Le fait vrai si les tumeurs sont situées profondément dans le tissu de l'organe; mais elles sont superficielles, elles peuvent donner lieu aux signes que j'ai expo à propos des TUMEURS INTRA-THORACIQUES.

Lorsque la lésion cancéreuse, qui n'occupe ordinairement qu'un seul côté la poitrine, est plus étendue, on a noté comme signes : la *rétraction* du c affecté, ou bien sa *dilatation visible* si le développement du cancer est consi rable, une *diminution des mouvements respiratoires* du même côté, un s *mat avec résistance* ordinairement très-prononcé, une respiration *bronchiq* ou *tubaire* sans râles, si le poumon est perméable, *nulle* s'il ne l'est plus, *verneuse* avec *râles humides* si le ramollissement de la tumeur a lieu ; *bro chophonie* ou *pectoriloquie,* et enfin diminution des vibrations thoraciqu

Les faits cités par les auteurs démontrent malheureusement combien les di rents signes qu'ils ont assignés au cancer du poumon sont peu concluan même en les considérant dans leur ensemble, si ce n'est dans les cas où crachats *gelée de groseille* sont manifestes. Ce signe a une très-grande vale malheureusement il n'est pas constant. Il en est un autre qui, sans être au spécial, a pourtant son importance. Je veux parler du son tympanique qui pı cède quelquefois la matité absolue de la poitrine, lorsque le poumon est enc en partie perméable à l'air, et que j'ai observé même au niveau de tume isolées dans le poumon (*Voy.* TYMPANISME THORACIQUE). Ce signe était tr prononcé dans une des observations citées par W. Stokes (*Dublin medi Journ.*, 1842), qui attribue à tort ce phénomène aux cavités anfractueu dues au ramollissement de la tumeur et à leur pénétration par l'air, puisque tympanisme disparut vers la fin de la vie justement alors que ses cavités formaient ou augmentaient d'étendue. Je ferai remarquer en passant que ramollissement est trop rare et trop différent de celui des tubercules, pour qu' lui en attribue les signes (gargouillement, pectoriloquie).

Aux signes qui précèdent, il faut en ajouter d'autres qui ont une certaine valeur diagnostique, mais qui, dus aussi à des tumeurs autres que celles du cancer, ne surviennent que dans une période déjà très-avancée de la maladie. Je veux parler des symptômes dus à la compression des organes avoisinants la plèvre, et surtout des troncs veineux : la *turgescence* de la face et du cou, celle des *veines* thoraciques et cervicales, l'*œdème* de la poitrine et du bras du côté malade ; on observe aussi parfois de la *dysphagie*. Enfin, comme pour toutes les autres localisations, un état cachectique manifeste, et l'existence préalable d'une tumeur évidemment cancéreuse, ou son apparition ultérieure dans une autre partie du corps, viennent augmenter beaucoup les probabilités du diagnostic. Celui-ci n'offre plus le moindre doute lorsque la lésion du poumon vient faire saillie elle-même au dehors.

Une particularité très-importante qui a été déjà signalée, mais sur laquelle on n'a pas généralement assez insisté, et qui m'a frappé dans trois faits que j'ai observés, c'est la *marche insolite de la maladie* comparée à celle des affections avec lesquelles on peut la confondre. L'éveil ainsi donné au praticien, il pourra, par une exploration attentive, saisir des signes qui acquerront dans leur ensemble une valeur réelle qui leur eût manqué sans ce soupçon préalable.

L'exploration attentive des malades, que le praticien doit toujours faire, est surtout avantageuse en pareil cas, parce que l'on peut découvrir hors de la poitrine ou dans son voisinage quelque tumeur qui démontre que la manifestation de l'affection cancéreuse peut être localisée dans le poumon comme dans d'autres régions. J'ai vu, à l'hôpital Lariboisière, un cas dans lequel des petits ganglions mobiles et indurés siégeaient du côté affecté aux environs de la mamelle, saine d'ailleurs. Dans le Mémoire de W. Hughes (*Arch. de méd.*, 1841), on voit qu'une glande indurée de l'aisselle existait chez le sujet de son observation I. L'état des ganglions péri-thoraciques doit donc être recherché avec soin. Graves s'est reproché de ne pas avoir attaché d'importance diagnostique à trois tumeurs arrondies sous-cutanées, chez un malade qu'il soignait avec Stokes en 1833, et qui mourut d'un cancer du poumon, méconnu pendant la vie. Ces tumeurs, de la grosseur d'une noix, occupaient le niveau du front, de la mâchoire inférieure et des vertèbres lombaires. De mobiles d'abord, elles étaient devenues fixes et avaient augmenté de volume dans les derniers temps de la vie (*Clin. médic.*, 1862, t. II, 42e leçon).

On peut confondre le cancer du poumon avec plusieurs affections chroniques, et d'abord avec la *pleurésie chronique* qui la complique souvent. Elle masquait la lésion organique dans les trois faits dont j'ai été témoin, et dont je crois devoir donner une courte analyse. Chez aucun de ces trois malades il n'exista de crachats *gelée de groseille ;* seulement chez l'un, c'est un fait à signaler, il y avait eu, comme antécédent, une expectoration sanguinolente passagère, et qui avait été attribuée à une pneumonie, avant que l'on pût soupçonner le cancer. Chez tous les trois cependant, l'affection cancéreuse fut diagnostiquée ou fortement soupçonnée en raison de l'absence de signes de tubercules (cause si fréquente de pleurésie chronique), et surtout des symptômes insolites qui accompagnèrent la pleurésie. Une douleur longtemps persistante et considérée d'abord comme rhumatismale dans le côté affecté, une expectoration couleur jus de pruneau, également très-prolongée, puis de la dysphagie, furent observées sur un sujet chez lequel l'aggravation croissante de la dyspnée et des autres symptômes coïncidait avec une rétrocession générale de la poitrine sensible à la mensuration cyrtométrique. Ces différents signes, qui se joignaient à ceux de l'épanchement, furent d'autant plus remarquables qu'ils devinrent plus mani-

festes avec la résorption même du liquide. Un autre malade, avant le début de accidents thoraciques, avait été atteint à la cuisse d'une tumeur de mauvai nature, récidivée et opérée plusieurs fois, et à l'examen de la poitrine, out les signes d'un énorme épanchement pleurétique, il existait du côté oppo un son tympanique circonscrit, en arrière, avec respiration amphorique (tume isolée constatée à l'autopsie). Enfin le troisième malade, que nous avons obser à l'hôpital Lariboisière, et dont Aviolat a lu la relation à la Société d'observa tion, présentait sur la poitrine, du côté affecté, les petits ganglions indurés do j'ai parlé, et un rétrécissement sous-claviculaire visible très-remarquable malgré la persistance apparente de l'épanchement inférieur, rétrécissement av souffle amphorique et son tympanique très-manifeste, puis cachexie évident avec anasarque (cancer du poumon et de la plèvre à l'autopsie) (*Recueil d travaux de la Société d'observation*, t. I).

Nous rappelons ces faits, parce que le diagnostic du cancer du poumon av la pleurésie chronique concomitante, qui est si fréquente par l'extension de l lésion à la plèvre, n'a pas assez préoccupé les observateurs, qui ont cherch surtout à distinguer le cancer de la pleurésie guérie avec rétrécissement thora cique (Walshe), ou de la phthisie pulmonaire, lorsqu'il en existe des signes a sommet des poumons. Quoi qu'il en soit, l'état des ganglions thoracique l'expectoration par ses caractères particuliers, les signes extérieurs démontra une compression veineuse intérieure (veines superficielles gonflées, œdèm localisé, etc.), et la dysphagie sans lésion apparente du pharynx, pourront aide au diagnostic différentiel.

La *phthisie pulmonaire* s'accompagne, comme le cancer, de dépérisseme et de signes locaux analogues, mais l'âge ordinairement peu avancé des malade le siége des tubercules aux deux sommets, et la fréquence de la phthisie oppos à la rareté relative du cancer pulmonaire, sont suffisants pour établir une diff rence entre les deux affections. — La *dilatation des bronches*, autre malad chronique des poumons, peut aussi présenter des signes locaux analogues à ceux du cancer : matité ou tympanisme à la percussion, souffle bronchique expectoration sanguinolente ; mais elle s'en distingue par le défaut de dépéris sement et l'abondance de l'expectoration muco-purulente par espèces de crises — Il serait beaucoup plus facile de prendre pour un cancer du poumon u *cancer du médiastin*, dont il est question ci-après.

F. Médiastin.

Les tumeurs cancéreuses du médiastin sont situées à la partie antérieure e moyenne du thorax. La matité résistante que l'on a constatée à leur niveau l'absence de bruits respiratoires dans les mêmes points, et la prédominance de signes de compression des organes contenus dans le médiastin (veine cave supé rieure, œsophage, etc.), qui se sont présentées dans certains cas, suffisent-elle pour établir le diagnostic différentiel entre le cancer du médiastin et celui d poumon? C'est ce qu'il ne me paraît pas possible d'affirmer. La confusion n'au rait pas du reste grand inconvénient, les deux affections étant également incura bles. — Un anévrysme de l'aorte, en produisant une dyspnée intense, la com pression des troncs veineux et la dysphagie, ne pourrait être confondu avec u cancer du médiastin, en raison des signes locaux particuliers à l'anévrysme e sur lesquels je crois inutile de m'appesantir.

G. Estomac.

La fréquence de cette localisation du cancer en rend l'étude d'autant plus importante que son diagnostic est loin de présenter toujours le degré de certi tude que les descriptions classiques de l'affection semblent faire supposer.

Les éléments du diagnostic du cancer de l'estomac, en dehors des signes généraux de l'affection cancéreuse, sont les suivants : *douleur* épigastrique spontanée presque toujours vive, quelquefois simplement névralgique; *appétit* diminué, rarement augmenté, *digestions* laborieuses; *vomissements* se manifestant vers le milieu de la maladie, et devenant de plus en plus fréquents, survenant ordinairement un quart d'heure au moins, une heure, vingt-quatre et même trente-six heures après le repas; matières vomies glaireuses, acides, parfois noirâtres, ayant l'aspect du marc de café, rarement sanguinolentes ou iliéuses; distension de la région épigastrique par l'estomac dilaté qui peut s'y dessiner quelquefois en relief; *tumeur épigastrique* rendant un son mat à la percussion, située ordinairement près de l'ombilic ou à son niveau, plutôt à droite qu'à gauche de la ligne blanche, parfois bosselée, d'un volume variant de celui d'un œuf à celui du poing, mobile dans certains cas, et pouvant se porter en bas et à gauche de l'abdomen, si l'estomac est dilaté et en état de réplétion, et en haut et à droite, s'il est en état de vacuité (Louis).

Les vomissements et l'existence de la tumeur épigastrique sont, avec les signes de la cachexie cancéreuse observés vers l'âge de cinquante ans, les données fondamentales du diagnostic. Malheureusement il arrive assez fréquemment que les vomissements ou la tumeur font défaut, soit séparément, soit ensemble, et il devient alors impossible, tout en soupçonnant l'existence d'un cancer par les symptômes observés, d'en déterminer le siége.

Lorsqu'il se manifeste des *vomissements noirs sans qu'il y ait de tumeur*, on peut aussi bien croire à un ulcère simple de l'estomac qu'à un cancer de cet organe. Cependant on devra croire plutôt à un ulcère simple si le sujet a moins de vingt-cinq ou trente ans, si sa santé générale ne s'altère pas rapidement, si enfin les symptômes gastriques s'amendent pour un temps plus ou moins long. Le cancer sera beaucoup plus probable dans les conditions contraires. — Enfin, lorsqu'il existe une *tumeur sans vomissements noirs*, on peut hésiter à la considérer comme siégeant à l'estomac, dans les cas où elle se remarque dans une région insolite, l'hypochondre *gauche*, par exemple. C'est ce que j'ai rencontré chez un malade dont la cachexie avancée ne laissait d'ailleurs aucun doute sur la nature cancéreuse de la tumeur, nature que vérifia l'autopsie. D'un autre côté, on a vu un ulcère simple ayant donné lieu à des exsudations plastiques épaisses à son niveau entre les feuillets adhérents du péritoine, exsudations ayant provoqué une rénitence avec matité qui en imposa pour une tumeur cancéreuse (*Voy.* ULCÉRATIONS). L'existence préalable d'une autre tumeur cancéreuse fait cesser toute incertitude dans le diagnostic de ces faits douteux de tumeur sans vomissements.

Les vomissements de sang pur, plus ou moins abondants, peuvent aussi fournir une donnée utile au diagnostic, mais ils sont très-rares; les mêmes réflexions peuvent surtout s'appliquer aux vomissements dont les matières contiennent des fragments de matière encéphaloïde, signe pathognomonique en quelque sorte, et dont a parlé Rokitansky. Il ne faut pas perdre de vue que les vomissements de sang, observés aussi dans les cas d'ulcère simple de l'estomac, n'ont de valeur comme signes du cancer que s'il existe un état cachectique.

Mais une autre particularité dépendant du cancer de l'estomac lui-même, et qui peut le faire soupçonner, c'est l'ampliation de l'estomac (*Voy.* DILATATION). Elle n'existe que s'il y a des vomissements plus ou moins éloignés, et se constate à la vue de l'abdomen, ou seulement au palper, à la percussion, au ballottement, etc.

On établit le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac à ses diverses

périodes, et suivant les différentes conditions qu'il présente, avec la GASTRI aiguë ou chronique, la GASTRALGIE et surtout l'ULCÈRE SIMPLE de l'estomac; pourrait ajouter aussi : avec d'autres TUMEURS abdominales. Le diagnost différentiel le plus important à formuler, sous ce dernier rapport, serait celui cancer stomacal avec le *cancer du pancréas*.

Da Costa, réunissant trente-sept observations de cette variété de cancer, a voul en préciser les caractères, ce qu'il n'a fait qu'au point de vue anatomiq Quant à ses signes, on peut dire qu'il est impossible de les distinguer de ce du cancer de l'estomac (*Soc. of Philadelphia*, t. I, 1862).

H. INTESTINS.

Les faits les plus favorables au diagnostic sont ceux dans lesquels la *tume* est accessible à l'exploration par la palpation de l'abdomen ou par le touch rectal ou vaginal. La tumeur siége ordinairement aux deux extrémités du gr intestin, soit au niveau du *cœcum*, soit au niveau du *rectum* ou de l'*S* iliaq Elle occupe très-rarement le petit intestin. Au niveau du duodénum, elle confond ordinairement avec le cancer de l'estomac, et, sur la continuité de l'i testin grêle, on la trouve en dehors du siége des tumeurs précédentes, ce qui contribue pas peu à rendre le diagnostic incertain.

Il peut arriver que, malgré l'existence d'une localisation cancéreuse da l'intestin, la tumeur échappe complétement à l'investigation la plus attenti soit parce qu'elle est peu volumineuse, soit parce qu'elle est cachée dans la pr fondeur du bassin, où elle est trop haut située pour être atteinte avec le doi introduit dans le rectum, et trop bas placée au niveau de l'*S* iliaque pou être sensible à la palpation abdominale. Dans ces circonstances difficiles, ne peut s'appuyer que sur des éléments diagnostiques généraux ou sur troubles fonctionnels locaux. Ces troubles fonctionnels varient d'ailleurs sui vant le siége dans la localisation. — Dans le cas où l'*S* iliaque ou le rectu sont atteints, outre *l'hémorrhagie*, qu'on ne saurait attribuer aux hémorrhoï qui sont plus voisines de l'anus, le cancer donne lieu d'abord à une *cons tipation* opiniâtre, et plus tard parfois à une *diarrhée* rebelle et même à u *incontinence* des matières fécales (Vidal de Cassis), qui ne dépendent p toujours de l'ulcération du cancer. Les matières, dans le cas de ramolliss ment, sont en même temps sanieuses, fétides, mélangées de sang et de pu — Le cancer du cœcum, siégeant à sa réunion avec l'iléon, produit ordinair ment un obstacle de plus en plus marqué au cours des matières (*Vo* OCCLUSIONS INTESTINALES), et J. Cruveilhier a vu des noyaux de cerises s'a cumuler au-dessus de l'obstacle en suffisante quantité pour donner lieu à u sensation de *collision* qui aurait fait croire à un emphysème localisé. —Enfi développée sur la continuité de l'intestin grêle, la lésion cancéreuse provoq des *coliques*, des *troubles digestifs*, des alternatives de *constipation* et *diarrhée*, des *selles* contenant du sang plus ou moins noir; mais la coï cidence d'une tumeur palpable peut seule donner une certaine valeur à ce symptômes.

Outre les signes de rétrécissement de l'intestin, on peut encore constat ceux de la *compression* des organes voisins, consistant dans la gêne apportée leurs fonctions. Il en est ainsi de la difficulté de l'émission des urines dans l cancer du rectum.

L'extension de la lésion aux organes environnants (péritoine, mésentère peut faire soupçonner la maladie, même en l'absence de tumeur; et il en e de même lorsque des tumeurs cancéreuses apparaissent dans d'autres organe J'ai vu récemment un malade qui rendait fréquemment du sang par la vessie

n avoir rendu d'abord par l'anus, sans qu'il existât de tumeur appré-
u niveau de l'intestin, et chez lequel une tumeur cancéreuse, apparue en-
l'estomac, est venue confirmer les craintes d'un cancer, que les hémor-
et un état cachectique de plus en plus grave avaient fait soupçonner.
complication exceptionnelle de cancer intestinal a été observée par Re-
:'est la communication ulcéreuse du côlon cancéré avec l'estomac, ce qui
ina des vomissements de matières fécales. Un accident de cette espèce
iutant mieux faire croire à une occlusion intestinale que le rétrécissement
l de l'intestin atteint de cancer est une conséquence fréquente de la
ɔ.

erreurs de diagnostic ne peuvent porter ici que sur l'interprétation
: de tel ou tel symptôme prédominant; or, je n'ai qu'à renvoyer le lecteur
icles qui concernent chacun des signes en question.

ɔIE.

cancer du foie, qui a été l'objet de travaux importants dus à Andral, der, Cruveilhier, Monneret, Frérichs, est presque toujours consécutif à le l'estomac; aussi les troubles gastriques que l'on a signalés au début ıcer hépatique paraissent devoir être rapportés au cancer de l'estomac.

signes sur lesquels on se fonde pour diagnostiquer le cancer du foie es suivants. Il y a d'abord *augmentation de volume* de l'organe, qui iit parfois une voussure de l'hypochondre droit en arrière (Monneret, . *de méd.*, 1855, t. V); le foie déborde les côtes au point d'envahir quelis l'abdomen jusqu'à l'ombilic, jusqu'à l'os des îles, et d'occuper l'hypodre gauche, remontant vers la poitrine jusqu'au mamelon et même essus. On obtient, par la percussion, un *son mat* avec résistance dans : cette étendue, et la palpation au niveau du ventre constate à la surface de ane des *inégalités* dures, bosselées, parfois douloureuses, et provenant des eurs qu'il contient. A ces signes se joignent : des *douleurs* dans l'hypodre droit, tantôt sourdes, tantôt lancinantes, s'irradiant jusque vers ule ou le bras droits, augmentant par la pression; un *ictère* ou une *ascite*, sont loin d'être constants; de la *dyspepsie*, de la *constipation;* de la rhée vers la fin; et, comme hémorrhagies, des *pétéchies*, des *épistaxis abondantes*, et l'*hématémèse*. La marche de la maladie, ordinairement nique, présente quelquefois cette particularité qu'elle paraît être aiguë et rapide (Monneret), sans doute parce que l'affection était restée latente ue-là.

ı voit que les éléments principaux du diagnostic local devront être cherdans l'augmentation de volume du foie et dans des inégalités ou tumeurs ulières faisant saillie à sa surface. Frérichs insiste particulièrement sur ces ilités comme sur un des signes les plus importants. Mais ces deux signes ne pas toujours parfaitement accusés, soit parce que l'affection n'est pas encore samment développée, soit parce qu'une ascite concomitante nuit à sa re-:he, soit enfin parce que l'on rencontre les mêmes particularités avec res lésions du foie pouvant en imposer pour un cancer. Monneret a insisté es *exacerbations* survenant le soir ou la nuit, comme pouvant confirmer ignostic : les douleurs deviennent alors plus vives, il y a de l'anxiété, de la née, de la fièvre, des sueurs, de la céphalalgie, de légères épistaxis.

rmi les lésions du foie, l'hypertrophie simple, l'hépatite chronique, simple yphilitique, et les hydatides, sont celles qu'il est le plus facile de confondre le cancer du foie, les deux premières surtout, car les hydatides produisent tumeur globuleuse mieux circonscrite et ne donnant lieu à aucun déperis-

sement cachectique. Suivant Fréricbs, il faut aussi comprendre dans le d
différentiel le cancer de l'épiploon, celui de l'estomac, celui du rein dr
tumeur résultant d'une accumulation de matières fécales dans le côlon tr
(*Traité des mal. du foie*, chap. XIII). En définitive, il n'est possible de
noncer que dans les cas où le cancer présente l'ensemble des caractèr
raux et locaux précédemment rappelés.

On doit considérer comme exceptionnels les faits cités dans lesquel
n'acquiert pas de dimensions considérables avant d'occasionner la mort
veilhier, Andral). Ces exceptions, lorsqu'on les rencontre, ne saurai
diagnostiquées pendant la vie. On a vu aussi l'ascite due au cancer
disparaître complétement pendant un temps très-long, quinze moi
reparaître plus tard (*Compend. de méd.*); mais cette disparition de l'é
ment, loin de nuire au diagnostic, ne pourrait que faciliter l'exploration

J. PANCRÉAS.

La lésion cancéreuse du pancréas est rarement isolée de manière à
lieu à des signes particuliers, et c'est surtout au cancer de l'estomac qu
trouve réunie. Dans quelques cas, on a pu cependant l'observer sans
cation voisine, du moins avant son extension au-delà du pancréas,
on a noté les symptômes suivants : *douleurs* plus ou moins vives ; expul
la bouche de *matières filantes,* comme salivaires, parfois *salivation*
quable par son abondance (Battersby); alternatives de *constipation* et d
rhée d'un liquide analogue; *selles graisseuses* (Bright, Gould) qu'on
quées par le défaut d'émulsion des corps gras par le suc pancréatique (
nard); enfin, un peu au-dessus de l'ombilic, *tumeur épigastrique*, m
percussion, soulevée par les battements de l'aorte ventrale, et pouva
croire par conséquent à un anévrysme. — De plus, on peut observer les
quences de la compression de la tumeur exercée sur les organes voisins,
résultent : sur le conduit pancréatique, l'énorme *distension du pancré*
les canaux biliaires, l'*ictère* et la *rétention de la bile ;* sur le pylore, le
tômes du *cancer stomacal ;* sur l'aorte, des troubles circulatoires
entièrement semblables à ceux de l'*anévrysme* (Andral); et enfin, sur l
porte, l'*ascite.*

Cette simple énumération de signes qui ne se trouvent jamais réunis,
série d'accidents de compression, qu'il est très-rare de rencontrer aussi tr
joints à la rareté du cancer du pancréas indépendant de celui de l'estomac,
trent combien il doit être difficile au praticien de diagnostiquer l'affectio
inévitable, en effet, qu'on la rapporte au cancer gastrique, dans la plupart

K. PÉRITOINE.

Le plus ordinairement, la lésion cancéreuse n'atteint le péritoine ou se
mésentériques que secondairement à d'autres cancers abdominaux, e
manière limitée, sans susciter aucun signe bien important à constater en
de ceux de la lésion principale. Il peut arriver néanmoins, ainsi que
avons rencontré un exemple, que le mésentère soit atteint dans une telle é
qu'il produise, à la palpation du ventre, des masses de tumeurs dures, n
nées, inégales, qu'on ne pourrait, avec l'ensemble des symptômes génér
dépérissement cachectique, rapporter qu'à une affection cancéreuse.

Cependant de pareils faits sont très-rares ; et il nous paraît qu'on abus
facilité que l'on met à diagnostiquer des tumeurs cancéreuses du més
lorsque l'on constate des tumeurs abdominales d'un diagnostic difficile.

L. REINS.

Une *douleur* profonde persistante, sourde ou très-aiguë, qu'il est fa

ıvec des douleurs rhumatismales ou avec une névralgie lombaire, est
signe du cancer du rein, et elle doit faire penser au cancer rénal, si
t après l'ablation d'un testicule cancéreux. Mais c'est surtout l'*hé-*
la tumeur appréciable du rein augmenté de volume, qui sont les
ignes du cancer de cet organe. L'hématurie est tantôt légère et
idérable, et si elle existe sans coliques néphrétiques antérieures et
it été rendu auparavant du sable ou des graviers dans l'urine, elle
ɔtôme important de cancer, surtout si elle est jointe à la douleur
ı état cachectique, à l'existence d'une tumeur cancéreuse manifeste
tre organe. Lorsqu'il existe une tumeur rénale avec hématurie et
nes que nous venons de rappeler, il ne peut y avoir de doutes bien
sa nature cancéreuse ; mais si l'hématurie manque, on peut croire
lion d'un autre organe : à droite, à une tumeur du foie ; à gauche, à
scence de la rate ; enfin, Rayer a vu un cancer des ganglions lym-
le la scissure du rein et des ganglions lymphatiques prélombaires
tièrement un cancer rénal ; mais ici l'erreur est de peu d'impor-

E.

: de l'utérus, chez la femme, et celui du rectum, chez l'homme, peuvent
'essie et y déterminer des signes qu'il est important de connaître. La
: douloureuse, et de plus difficile, soit parce que les parois épaissies
de la vessie ne peuvent plus se contracter, soit parce qu'il résulte
ı cancer vers le col de l'organe, un obstacle de plus en plus prononcé
: l'urine. Les *envies d'uriner* sont fréquentes, ce qui dépend, ou de
ésicale elle-même, ou de la présence d'une petite quantité de *sang*
:. Le *cathétérisme* de la vessie démontre aussi que cet organe est
: volume, et devenu inextensible, inégal et saignant au contact de

ostic, malgré ces différents signes, ne manquerait pas d'être obscur,
onstatait en même temps un *cancer de l'utérus* ou du *rectum*, qui
tement le point de départ de la lésion vésicale, et qui va même
jusqu'à produire des fistules vésico-vaginales ou vésico-rectales.

:S.

ılisation du cancer est la plus fréquente relativement à celles des
nes, et, sous ce rapport, son diagnostic présente au praticien un
êt. L'exploration directe de l'utérus (toucher vaginal et spéculum)
e rattacher les symptômes : 1° au cancer non ulcéré ; 2° au cancer

r non ulcéré de l'utérus est celui qui peut donner lieu aux difficultés
ıes les plus nombreuses, surtout au début de la maladie. La *métro-*
t le symptôme du début le plus remarquable (Louis, R. Lee). Lorsque,
e cette hémorrhagie, apparaissent, en dehors des époques menstruelles
:mme de quarante à cinquante ans, des *douleurs utérines*, des *pesan-*
le rectum, et un *gonflement* du col utérin, avec dureté, irrégularités
:t pâleur, on doit, suivant Valleix, considérer la maladie comme con-
ʃ a alors au niveau de l'utérus un sentiment de gêne, de plénitude, de
surtout pendant la marche et la station assise ; *tiraillements*, *élan-*
ans les lombes, les aines. Par le *toucher vaginal*, outre l'augmen-
olume du col (souvent seul affecté), outre sa dureté et ses bosselures,
ɔnstater sa déviation, sa *mobilité* ou son *immobilité*, et son *enclave-*
; le bassin par suite de son excès de volume et des adhérences qu'il a

contractées. Ces différents signes mettent hors de doute l'existence du c utérin, surtout si le toucher rectal fait reconnaître aussi la dureté bosse l'utérus, et si l'examen au spéculum montre la déformation du col. On y constater, suivant Marjolin, des petites tumeurs isolées, un engorg bosselé plus étendu, une tuméfaction des lèvres du col dures à leur b molles à leur surface, ou enfin un engorgement général, irrégulier, obscur. Les hémorrhagies plus ou moins fréquentes et abondantes, et l lement souvent rosé, roussâtre, parfois grisâtre et sanguinolent, d'une fade et nauséabonde, mais non encore pénétrante comme plus tard, sont en des signes importants de la maladie. Il est plus rare de constater des *sens douloureuses* dans les seins, qui sont devenus volumineux et durs, un *m inexprimable*, des *douleurs vives* dans diverses parties du corps (Téa

Lorsque le cancer est ulcéré, les *douleurs* sont toujours plus vives, surto la palpation et la percussion. Par le toucher vaginal et rectal, l'utérus aug de volume est trouvé ramolli partiellement ou en totalité; donnant, dans ce nier cas, une sensation de *crépitation* (Duparque). On peut constater des *ulcérations* déprimées et à bords durs, des végétations variables, l truction plus ou moins complète du col, dont l'orifice est élargi, et mê destruction des parties voisines, envahies par les progrès de l'affectio *écoulement* abondant, ichoreux, d'une odeur repoussante particulière, si trante qu'on est obligé d'isoler les malades, surtout lorsque le cancer, envahi la vessie et le rectum, a converti dès lors le vagin en un cloaque i L'altération peut s'étendre aussi aux ligaments larges, aux trompes, ovaires, comme aux ganglions lymphatiques de l'abdomen, au niveau quels on peut constater des tumeurs supplémentaires, et enfin au plexus s ce qui occasionne une *névralgie fémoro-poplitée* double. C'est surtout à seconde période que l'on voit apparaître tous les signes de la cachexie ca reuse, les complications communes à tous les cancers, et en particulie inflammations des organes voisins (péritonite, abcès des ligaments larges), *phlegmatia alba dolens*, due à des coagulations ou thromboses veineuses

Le diagnostic de ces cas extrêmes ne présente pas la moindre difficulté, maladie ne saurait être méconnue lorsqu'ils se présentent et que, par exen au dépérissement général se joignent des métrorrhagies antérieures, un éc ment abondant, sanieux, d'une odeur fétide et pénétrante, et une indur volumineuse, bosselée et irrégulière du col utérin, plus ou moins détruit p ramollissement ulcéreux de la tumeur. Mais on est souvent appelé à se pro cer dans des faits douteux ou encore mal caractérisés.

On a insisté avec raison sur la confusion que l'on pourrait faire de la *mé chronique* avec le cancer de l'utérus, lorsqu'il n'y a encore ni ramollisse ni cachexie manifeste. Sans admettre comme prouvée l'opinion des patholog qui regardent la métrite comme le premier degré du cancer, je ferai remai avec Valleix que, dans le cancer, avant son ramollissement, il y a des hémoi gies au début, le col utérin résiste fortement et inégalement sous le doi présente des bosselures irrégulières, une coloration ordinairement pâle et farde, un écoulement ténu, roussâtre, grisâtre, puis rosé; et que dans la m chronique, au contraire, il y a plutôt dysménorrhée, le col de l'utérus offre résistance égale et moins prononcée, un développement uniforme, une co tion presque toujours d'un rouge sombre, et enfin un écoulement muco-p lent. Sans doute il y a des métrites avec inégalités du col utérin, et des ca rapides ou qui présentent une coloration d'un rouge sombre, mais ce sont là cas peu ordinaires, et les seuls d'ailleurs qui jettent dans l'incertitude.

lors que l'interrogatoire et l'examen attentifs du sujet seront surtout indispensables.

Le prolapsus ou la *chute de la matrice*, qui est mobile, et qu'il est facile de remettre en place, ne peut nullement se confondre avec un cancer, à moins qu'on ne se livre à un examen très-superficiel. — Les métrorrhagies produites par la présence d'un *polype intra-utérin* pourraient en imposer pour un cancer à son début, surtout après avoir déterminé de l'anémie, et si le corps de l'utérus est lourd et paraît gonflé. Mais d'abord, dit à cette occasion Valleix, il faut remarquer que le cancer de l'utérus, borné au corps de l'organe, est de beaucoup le plus rare, ce qui doit déjà inspirer des doutes. Ensuite, si l'on touche par le rectum, on trouve la matrice uniformément développée, sans bosselures; l'anémie causée par un polype ne ressemble que très-imparfaitement à la cachexie cancéreuse; et enfin on ne remarque pas, dans les matières excrétées, cette odeur particulière signalée plus haut (*Guide du méd. pratic.*, 5e édit., Paris, 1866, t. V, p. 190). — L'*ulcère simple* du col de l'utérus est, dans certains cas seulement, bien difficile à distinguer de l'ulcère cancéreux à son début; car, dans les cas ordinaires, le peu de profondeur de l'ulcère non cancéreux, ses bords sans dureté ni saillie, et l'écoulement non fétide qu'il fournit, suffisent parfaitement au diagnostic. — Il n'en est pas de même pour les *ulcères vénériens*, dont les caractères peuvent offrir la plus grande analogie avec ceux de l'ulcère cancéreux. On n'a alors pour s'éclairer que les antécédents, la marche de l'affection et l'existence de traces de lésions syphilitiques dans une autre partie du corps, ou bien des lésions soit syphilitiques, soit cancéreuses, dans un autre organe que l'utérus. Enfin le traitement spécifique de la syphilis fera disparaître l'ulcération, si elle est vraiment vénérienne, et sera sans effet sur elle, comme tous les autres traitements, si elle est cancéreuse.

Aran a signalé comme complication ultime du cancer utérin des accidents urémiques (céphalalgie, délire, vomissements, coma). Wannebroucq en a relaté trois cas (*Bulletin méd. du Nord*, 1864). J'en ai observé aussi deux exemples à Cochin. Ces accidents sont la conséquence de la compression des uretères par la tumeur cancéreuse, alors considérable.

O. Ovaire.

On a remarqué, relativement au cancer de l'ovaire, qui est tantôt primitif et tantôt consécutif à celui de l'utérus, que ses symptômes étaient ordinairement les mêmes que ceux des kystes multiloculaires. Il peut arriver même qu'une des loges du kyste, plus dilatée que les autres, ne contienne qu'un liquide séreux qui, évacué pendant la vie par la ponction, en impose pour un kyste simple (*Voy.* Kystes de l'ovaire). De pareils cas sont certainement rares; mais ils montrent la difficulté du diagnostic dans les cas en apparence les plus simples.

Ce sont en définitive les signes généraux de la maladie cancéreuse que j'ai rappelés au commencement de cet article qui peuvent faire non diagnostiquer, mais soupçonner seulement la nature cancéreuse de la tumeur de l'ovaire.

P. Ganglions lymphatiques.

La dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques est le plus souvent isolée et symptomatique d'une lésion cancéreuse située dans leur zone lymphatique. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, comme celui qui a été rapporté par J. Bouillaud (*Arch. de méd.*, 1824, t. VI), que la généralité des ganglions devient primitivement cancéreuse. Il ne faudrait pas considérer comme une affection de cette nature la *cachexie lymphatique* (*Voy.* ces mots).

CANCROIDES. — Toutes les tumeurs comprises par H. Lebert sous cette

2° *Inductions diagnostiques.* — L'immobilisation des contractions musculaires, survenant par accès plus ou moins prolongés, est le signe pathognomonique de la catalepsie, dont la constatation n'offre aucune difficulté. Parmi les questions complémentaires du diagnostic, la plus importante est celle de déterminer si la catalepsie est primitive ou secondaire. Cette dernière forme a été observée, en effet, dans un assez grand nombre de maladies : dans divers genres de *folie*, dans l'*hystérie*, le *tétanos*, les *fièvres intermittentes*, et dans certaines maladies aiguës, telles que des *affections cérébrales* et la *fièvre typhoïde*. On a rapporté également des faits très-probants de catalepsie vermineuse (Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 54). J'ai observé une catalepsie chez une jeune fille hystérique, atteinte de *choléra épidémique*, et chez laquelle la catalepsie sembla avoir été provoquée par les crampes cholériques (*Annales méd.-psych.*, 2e sér., t. III). Enfin le docteur Vogt (de Wurzbourg) a signalé la catalepsie comme endémique et héréditaire dans le village de Billingshausen, où la moitié de la population en aurait été atteinte, sans que la cause ait pu être déterminée.

3° Le *pronostic* de la catalepsie ne doit être formulé comme inquiétant que dans les cas de complications, et lorsque la catalepsie se transforme en une autre névrose plus grave, comme l'*épilepsie*. L'*hystérie*, des *convulsions* caractérisent aussi cette transformation. En général, le pronostic est peu grave. On a vu l'apparition du flux menstruel enrayer complétement la maladie.

CATARRHE. — On ne voit nullement la nécessité de conserver l'expression de catarrhe ou de maladies catarrhales dans la pathologie, si ce n'est comme expression d'un phénomène d'hypersécrétion accidentelle des muqueuses. Cette hypersécrétion constitue simplement un symptôme ou signe ordinairement lié à l'inflammation aiguë ou chronique des muqueuses, à des flux sans inflammation, quelquefois à la simple CONGESTION des muqueuses. Les phénomènes aigus du catarrhe sont principalement observés dans la GRIPPE, dans la ROUGEOLE à son début, et dans plusieurs autres maladies fébriles.

CATHÉTÉRISME. — A défaut d'autre expression plus convenable, on doit appliquer celle de cathétérisme à l'introduction, faite dans des buts divers, de tiges solides, pleines (stylets) ou creuses (sondes ou bougies) dans des conduits naturels ou accidentels. Ainsi envisagé, le cathétérisme est utile au diagnostic médical, comme un moyen d'exploration des *fosses nasales*, du *larynx*, de l'*œsophage*, de la *vessie*, de la *cavité utérine*, et enfin des *plaies fistuleuses* communiquant avec les viscères (*Voy.* DÉVIATIONS UTÉRINES, FISTULES, LARYNX, ŒSOPHAGE, etc).

CAVERNEUX (Phénomènes).

1° *Caractères.* — Le *bruit respiratoire* caverneux est un *souffle* inspiratoire et expiratoire que peut remplacer un râle à grosses bulles, appelé *gargouillement*, lorsque la cavité dans laquelle se passe le phénomène acoustique est obstruée par des liquides. La résonnance caverneuse de la *voix* et de la toux semble, comme le souffle caverneux, se passer dans des cavités pulmonaires moins vastes que pour les bruits dits amphoriques, et plus vastes au contraire que pour les bruits dits bronchiques. On ne saurait donner une définition plus précise de ces *sensations acoustiques*. C'est ce qui fait que Skoda, se fondant sur ce que, de la respiration soufflante la plus faible au souffle amphorique le mieux caractérisé, il existe des nuances intermédiaires infinies qui s'enchaînent insensiblement les unes avec les autres, a nié l'existence du souffle et des autres bruits caverneux, attribués à la présence des cavernes. Cette manière de voir

ulmonaire, une gangrène du poumon, une dilatation des bronches, un poumon.

ge du phénomène caverneux au sommet des poumons sera déjà une omption de l'existence d'*excavations tuberculeuses*, les plus fréquentes, et le point de départ aussi le plus fréquent des phénomènes caver- La *dilatation des bronches* en ampoule qui donne lieu aux mêmes ège, en effet, ordinairement vers la base ou la partie moyenne postées poumons, et ne s'accompagne pas de dépérissement comme la pulmonaire, ce qui est, entre plusieurs autres, un excellent signe. — Les signes caverneux seront facilement rapportés à la *gangrène tire* lorsqu'ils seront dus à cette lésion, l'odeur infecte spéciale qui de la poitrine et des crachats persistant depuis un certain temps déjà, l'excavation pulmonaire s'effectue. — Enfin on n'admettra qu'avec une réserve, même à la suite des signes manifestes d'une pneumonie, e d'une caverne due à un *abcès* qui serait la conséquence de cette Cette réserve est commandée par la confusion que l'on a si souvent abcès pneumoniques avec des collections purulentes partielles de la mmuniquant avec les bronches.

uits caverneux peuvent être perçus non-seulement au niveau des pouais aussi du *foie*. C'est en effet ce que Bricheteau a observé au niveau vité résultant de la rupture d'un kyste hydatique du foie dans les bron- y avait en même temps du gargouillement et un son tympanique à la on. Spœrer a aussi constaté un gargouillement caverneux au niveau du moment des grandes inspirations, par suite de la rupture d'un abcès dans les bronches, *à travers le foie* (*Arch. de méd.*, 1842, t. XIV).

ue les bruits caverneux ne paraîtront pas dépendre de l'existence d'une , il faudra rechercher la cause des consonnances pseudo-caverneuses transmission des bruits trachéaux ou bronchiques, due à la compacité mon comprimé, ou bien à une tumeur du poumon ou du médiastin

CHLORHYDRIQUE (Acide). } *Voy.* EMPOISONNEMENTS.
CHLOROFORME. }

CHLOROSE. — Depuis que l'anémie a été étudiée avec soin dans ses différentes conditions pathologiques, on ne peut plus considérer la chlorose autrement que comme une forme d'anémie, présentant quelques particularités accessoires, insuffisantes pour caractériser une maladie spéciale. Ces particularités sont : l'apparition de l'anémie à l'*époque de la puberté* chez les jeunes filles, et la coïncidence de troubles menstruels de trois espèces : l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, ou la MÉNORRHAGIE.

Cette manière d'envisager la chlorose est celle de beaucoup d'observateurs, et elle me paraît être la vraie. Rien ne prouve, en effet, que les troubles menstruels produisent l'ensemble des symptômes observés, tandis que l'on peut rattacher ordinairement ces symptômes à de mauvaises conditions hygiéniques particulières, ou bien à une altération manifeste des fonctions digestives. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme de la chlorose, on doit, au point de vue exclusif du diagnostic, le seul qui nous occupe, la considérer comme nous venons de le faire, et comme nous l'avons fait déjà au mot ANÉMIE (p. 60).

CHOC (Bruits de). — Les bruits de choc que produisent la systole du cœur au niveau de la région précordiale, et les battements des tumeurs anévrysmales, ne sont pas les seuls que l'on puisse percevoir à l'auscultation, au niveau de la poitrine.

Aran a constaté, chez un malade atteint d'hydropneumo-thorax du côté droit, et à la suite d'une quatrième thoracentèse, une espèce de bruits de frottement très-rude qui se produisait seulement pendant la toux, et qui se percevait à la base de la poitrine, en dehors et à droite. Ce bruit de choc ou de percussion donnait la sensation d'un corps distendu brusquement et venant frotter contre le feuillet pariétal de la plèvre. Aran attribue ce phénomène, dont le malade avait conscience, au *choc du poumon* contre les parois de la poitrine. Le bruit très-rude était, en effet, tout à fait semblable à un coup fort et sec porté de l'intérieur contre les parois thoraciques, et sa situation variait suivant les positions que prenait le malade.

CHOLÉCYSTITE (INFLAMMATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE). — 1° *Éléments du diagnostic.* — L'ensemble des signes de cette affection, qui s'observe presque toujours chez des individus qui ont des calculs biliaires, est le suivant : *douleur* très-vive survenant au-dessous du rebord des fausses côtes droites, augmentant par la pression, la respiration et les mouvements du tronc ; *ictère*, *vomituritions*, *fièvre;* constatation d'une *tumeur* avec empâtement, *fluctuation*, et, comme conséquence, un *abcès* tantôt se dirigeant vers l'extérieur, donnant issue à du *pus mélangé de bile*, à des *calculs*, et suivi de fistule, tantôt s'ouvrant dans l'intestin adhérent ou dans le péritoine.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque chez un malade présentant déjà les signes de calculs biliaires, c'est-à-dire une *colique hépatique*, ou bien dans le cours d'une fièvre grave et notamment dans l'affection typhoïde, comme l'a observé Louis, on voit survenir les premiers des phénomènes que je viens de rappeler, et notamment la douleur localisée et la fièvre, on devra soupçonner l'existence d'une inflammation aiguë de la vésicule biliaire. On en aura la certitude si l'inflammation se terminant par un *abcès*, on parvient à diagnostiquer la collection purulente, dans le cours de la maladie, grâce à une *tumeur* fluctuante inflammatoire, débordant les fausses côtes droites, et à plus forte raison *s'il se forme un* abcès extérieur ayant les caractères que j'ai rappelés.

ervation fut un accès de colique hépatique avec ictère et vomissements, dix ans auparavant, et qui ne s'était reproduit que tout récemment, d'une santé florissante depuis les premiers accidents. Or, l'autopsie qu'un calcul gros comme une olive obstruait le canal cholédoque, et ngtaine de calculs plus petits étaient contenus dans l'abcès de la vési- fait démontre que les accès antérieurs de colique hépatique sont une nce très-utile à connaître comme indiquant l'existence de calculs anciens neux, cause ordinaire de la cholécystite.

initive, le diagnostic positif de l'inflammation de la vésicule biliaire ne aser que sur l'existence de l'*abcès*. Mais cet abcès lui-même, lorsqu'il fond, peut facilement se confondre avec d'autres tumeurs fluctuantes chondre. J. L. Petit (*Mém. de l'Acad. chir.*, t. I, p. 147) a exposé les s différentiels de l'abcès de la vésicule et de l'abcès du foie ou de la lue à la rétention de la bile.

s du foie, suivant lui, ne présente pas une fluctuation aussi facile à r que l'abcès de la vésicule, et cette fluctuation est entourée d'une eaucoup plus marquée. On peut ajouter que le siége de l'abcès de la est toujours le même sous les côtes, près du muscle droit, tandis que l'abcès du foie est souvent différent. Enfin la marche de la maladie la même dans les deux cas. La confusion n'aurait d'ailleurs qu'une ce secondaire, si l'on prenait ces abcès l'un pour l'autre. — Il n'en serait ême si l'on prenait pour un abcès de la vésicule la *rétention de la bile* réservoir, ainsi que plusieurs faits malheureux d'opérations inoppor- ont démontré. Suivant J. L. Petit, la douleur est de plus longue durée bcès que dans la rétention biliaire; elle est pulsative; lorsqu'elle dimi- e ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont gs, et ils sont suivis de chaleur et de moiteur. La fluctuation est moins

dénomination, et qui affectent la peau et les muqueuses, où elles s'ulcèrent envahissant successivement les tissus voisins et même les ganglions lymphatiques correspondants, étaient comprises autrefois à tort parmi les cancers. Les cancroïdes sont dus à l'hypertrophie d'éléments histologiques normaux ou homologues : *glandes cutanées* ou *muqueuses, papilles* et *épithélium, tissu fibroplastique* et *derme* lui-même. Dans les cancroïdes se trouve compris le noli me tangere, l'esthiomène, etc. La microscopie n'eût-elle rendu que le service d'avoir isolé la classe des cancroïdes comme distincte des véritables lésions cancéreuses, qu'on devrait lui être très-reconnaissant de ce progrès (*Mém. de la Soc. méd. d'observation*, t. III).

CANTHARIDES. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

CAPSULES SURRÉNALES. — *Voy.* BRONZÉE (Peau), et CACHEXIE.

CARCINOME. — *Voy.* CANCER.

CARDITE. — Cette affection, étudiée par Bouillaud, par Hasse, Gluge, Stokes, n'a pas de symptômes propres. Stokes l'explique en faisant remarquer que la désorganisation inflammatoire des fibres musculaires est précédée de paralysie, et que la mort doit survenir avant que les lésions puissent se produire au cœur. Quand la myocardite (ainsi que Stokes appelle la cardite) est localisée et va jusqu'à la suppuration, les signes n'en sont pas plus caractéristiques, comme le montrent les quelques faits publiés. Ces signes ne diffèrent pas de ceux de l'endocardite, ainsi que Bouillaud l'a fait remarquer depuis longtemps.

CAROTIDES. — Ces artères n'ont d'importance pour le médecin que par les signes qu'on y perçoit. Leurs pulsations, habituellement profondes et invisibles, deviennent visibles dans certaines maladies (*Voy.* PULSATIONS). Lorsque le malade est trop agité pour que l'on puisse explorer le pouls radial, on peut rechercher le pouls au niveau des carotides, en pressant avec la pulpe des doigts en dedans du bord interne du tiers inférieur du muscle sterno-mastoïdien. Mais l'exploration la plus fréquente que l'on ait à faire au niveau de ces artères est celle des bruits carotidiens à l'auscultation. Ces bruits, souvent mieux entendus au niveau de la carotide droite que de la gauche, peuvent paraître continus avec ou sans renforcement isochrone aux battements du cœur, être plus ou moins soufflants, piaulants, musicaux. On a beaucoup discuté, et l'on discute encore, sur la question de savoir si les souffles vasculaires perçus au niveau des vaisseaux du cou se passent dans la carotide ou dans les veines limitrophes. Je m'en suis occupé déjà au mot ANÉMIE, et j'y reviendrai à l'article VASCULAIRES (Bruits), car c'est une question des plus importantes pour le diagnostic.

Les oblitérations emboliques ou autres de la carotide interne produisent le RAMOLLISSEMENT du cerveau.

CARPHOLOGIE. — *Voy.* AGONIE.[1]

CARREAU. — Les auteurs modernes, et entre autres Barthez et Rilliet, donnent le nom de carreau ou de phthisie mésentérique à la *tuberculisation considérable des ganglions du mésentère*. Envisagée ainsi, la maladie n'affecte que l'enfance, *entre la cinquième et la dixième année*, et, même à cette époque de la vie, elle constitue une maladie rare.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les signes principaux de la maladie sont, d'après la monographie de Barthez et Rilliet : des *signes de tuberculisation* dans d'autres organes; une *diarrhée* qui dépend d'ulcérations intestinales, sans la voracité particulière qui a été indiquée par quelques auteurs; des *tumeurs* sensibles à la palpation, toujours situées au voisinage de l'ombilic, indolentes à la pression, plus ou moins volumineuses, inégales, fixes ou mobiles; des signes de compression des nerfs et des troncs vasculaires, tels que *crampes* et *œdème*

ibres inférieurs, *ascite* peu considérable, et surtout *dilatation des* *perficielles du ventre.*

uctions diagnostiques. — La présence des tumeurs constatées par la dans la région ombilicale, et les accidents de compression, constituent, e des sujets, les bases du diagnostic. Barthez et Rilliet attachent une importance à la dilatation des veines de l'abdomen lorsqu'elles it en rameaux flexueux jusqu'à la poitrine, s'il n'existe pas de tuméfac-bide du foie ou des signes de péritonite chronique. A une époque où connait l'existence du carreau chez tous les enfants qui présentaient e volumineux, on a nécessairement commis bien des erreurs de c, et admis souvent l'existence de la maladie alors qu'elle n'existait sait aujourd'hui que la tuméfaction de l'abdomen n'est pas constante hthisie mésentérique, et que la même tuméfaction peut se rencontrer ucoup d'autres circonstances; il est inutile de les rappeler, attendu leur de ce signe dans l'affection qui m'occupe est très-secondaire.

meurs abdominales autres que des ganglions tuberculeux pourraient n erreur, et faire croire à l'existence du carreau lorsqu'il n'existe pas. nt les *matières fécales accumulées* dans quelques points de l'intestin nent intestinal), mais dont le siége vers le flanc ou la fosse iliaque et la disparition sous l'influence d'un purgatif, sont assez caractéris-elles sont encore les *tumeurs tuberculeuses* développées dans l'épi-au voisinage de l'ombilic, qui ne peuvent d'ailleurs donner lieu à une fondamentale. Quant aux tumeurs non tuberculeuses du foie, de la pancréas, il faudrait examiner bien superficiellement l'enfant pour les r comme des ganglions tuberculeux.

doit pas oublier qu'il peut survenir, comme complications : une véri-*itonite aiguë* due à la présence des tumeurs tuberculeuses des gan-i un *étranglement intestinal* par des brides d'adhérences qui se sont ans le péritoine (Guersant).

nostic. — Le pronostic de la phthisie mésentérique est subordonné à 'état général, et les accidents locaux qui en dépendent sont bien loin gravité de ceux que déterminent les tubercules des ganglions bron-n ceux développés dans le péritoine. Plusieurs auteurs pensent même ibercules des ganglions mésentériques peuvent guérir, s'appuyant sur leur transformation crétacée, qui a été plusieurs fois bien constatée.

IRE (Frémissement). — *Voy.* ce dernier mot.

LEPSIE. — 1° *Éléments du diagnostic.* — Cette névrose, à ourdin (1841) et T. Puel (*Mém. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1856, consacré des traités spéciaux, est caractérisée par des accès survenant ment et pendant lesquels l'intelligence et les fonctions sensoriales d'abord abolies, dans la plupart des cas, en même temps que les e la vie de relation restent dans le degré de contraction dans lequel is l'accès, quelque pénible ou bizarre que soit la position. On peut tension des muscles du malade, mais alors ils conservent la nouvelle n'on leur donne; cependant il survient assez souvent et peu à peu de vements involontaires et des oscillations qui font revenir le membre ou qu'à un point d'appui. En même temps, la *mastication* est impossible, des cas rares ou les malades mangent avec avidité ce qu'on leur met ouche (Bourdin); la *température* des extrémités est sensiblement a *circulation* lente et faible, de même que la *respiration;* le *pouls* ars normal.

2° *Inductions diagnostiques*. — L'immobilisation des contractions musc laires, survenant par accès plus ou moins prolongés, est le signe pathognomo nique de la catalepsie, dont la constatation n'offre aucune difficulté. Parmi l questions complémentaires du diagnostic, la plus importante est celle de déte miner si la catalepsie est primitive ou secondaire. Cette dernière forme a é observée, en effet, dans un assez grand nombre de maladies : dans div genres de *folie*, dans l'*hystérie*, le *tétanos*, les *fièvres intermittentes*, et de certaines maladies aiguës, telles que des *affections cérébrales* et la *fiè typhoïde*. On a rapporté également des faits très-probants de catalepsie vern neuse (Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 54). J'ai observé une catalep chez une jeune fille hystérique, atteinte de *choléra épidémique*, et ch laquelle la catalepsie sembla avoir été provoquée par les crampes cholériq (*Annales méd.-psych.*, 2e sér., t. III). Enfin le docteur Vogt (de Wurzbou a signalé la catalepsie comme endémique et héréditaire dans le village Billingshausen, où la moitié de la population en aurait été atteinte, sans que cause ait pu être déterminée.

3° Le *pronostic* de la catalepsie ne doit être formulé comme inquié que dans les cas de complications, et lorsque la catalepsie se transforme une autre névrose plus grave, comme l'*épilepsie*. L'*hystérie*, des *convu sions* caractérisent aussi cette transformation. En général, le pronostic peu grave. On a vu l'apparition du flux menstruel enrayer complétement maladie.

CATARRHE. — On ne voit nullement la nécessité de conserver l'expres sion de catarrhe ou de maladies catarrhales dans la pathologie, si ce n'est com expression d'un phénomène d'hypersécrétion accidentelle des muqueuses. Ce hypersécrétion constitue simplement un symptôme ou signe ordinairement l'inflammation aiguë ou chronique des muqueuses, à des flux sans inflammati quelquefois à la simple CONGESTION des muqueuses. Les phénomènes aigus catarrhe sont principalement observés dans la GRIPPE, dans la ROUGEOLE à s début, et dans plusieurs autres maladies fébriles.

CATHÉTÉRISME. — A défaut d'autre expression plus convenable, doit appliquer celle de cathétérisme à l'introduction, faite dans des buts dive de tiges solides, pleines (stylets) ou creuses (sondes ou bougies) dans des co duits naturels ou accidentels. Ainsi envisagé, le cathétérisme est utile au di gnostic médical, comme un moyen d'exploration des *fosses nasales*, du *laryn* de l'*œsophage*, de la *vessie*, de la *cavité utérine*, et enfin des *plaies fist leuses* communiquant avec les vicsères (*Voy.* DÉVIATIONS UTÉRINES, FISTUL LARYNX, ŒSOPHAGE, etc).

CAVERNEUX (Phénomènes).

1° *Caractères*. — Le *bruit respiratoire* caverneux est un *souffle* inspirato et expiratoire que peut remplacer un râle à grosses bulles, appelé *gargouil ment*, lorsque la cavité dans laquelle se passe le phénomène acoustique obstruée par des liquides. La résonnance caverneuse de la *voix* et de la *to* semble, comme le souffle caverneux, se passer dans des cavités pulmonai moins vastes que pour les bruits dits amphoriques, et plus vastes au contr que pour les bruits dits bronchiques. On ne saurait donner une définition p précise de ces *sensations acoustiques*. C'est ce qui fait que Skoda, se fondant ce que, de la respiration soufflante la plus faible au souffle amphorique le mi caractérisé, il existe des nuances intermédiaires infinies qui s'enchaînent ins siblement les unes avec les autres, a nié l'existence du souffle et des aut bruits caverneux, attribués à la présence des cavernes. Cette manière de v

gérée en ce qu'elle rejette le principe des types de convention indispen-pour décrire les phénomènes de sensation.

onditions pathologiques et signification. — Ces bruits caverneux ne : pas être pris dans le sens absolu qu'ils semblent indiquer : l'existence ire d'une caverne pulmonaire pour que les bruits se produisent. Ici, en aurais à rappeler d'autres conditions que j'ai indiquées déjà à propos des nènes AMPHORIQUES et qui peuvent indifféremment susciter la manifesta-s phénomènes amphoriques ou caverneux, *sans cavité accidentelle*. cavernes étant cependant la condition pathologique la plus fréquente des dits caverneux, la première chose sera de rechercher s'il n'existe pas une ie pulmonaire, une gangrène du poumon, une dilatation des bronches, un du poumon.

siége du phénomène caverneux au sommet des poumons sera déjà une résomption de l'existence d'*excavations tuberculeuses*, les plus fréquentes utes, et le point de départ aussi le plus fréquent des phénomènes caver-. — La *dilatation des bronches* en ampoule qui donne lieu aux mêmes s siége, en effet, ordinairement vers la base ou la partie moyenne posté-re des poumons, et ne s'accompagne pas de dépérissement comme la isie pulmonaire, ce qui est, entre plusieurs autres, un excellent signe inctif. — Les signes caverneux seront facilement rapportés à la *gangrène monaire* lorsqu'ils seront dus à cette lésion, l'odeur infecte spéciale qui hale de la poitrine et des crachats persistant depuis un certain temps déjà, que l'excavation pulmonaire s'effectue. — Enfin on n'admettra qu'avec une rême réserve, même à la suite des signes manifestes d'une pneumonie, istence d'une caverne due à un *abcès* qui serait la conséquence de cette adie. Cette réserve est commandée par la confusion que l'on a si souvent e des abcès pneumoniques avec des collections purulentes partielles de la re communiquant avec les bronches.

Les bruits caverneux peuvent être perçus non-seulement au niveau des pou-s, mais aussi du *foie*. C'est en effet ce que Bricheteau a observé au niveau ne cavité résultant de la rupture d'un kyste hydatique du foie dans les bron-s; il y avait en même temps du gargouillement et un son tympanique à la cussion. Spœrer a aussi constaté un gargouillement caverneux au niveau du e, au moment des grandes inspirations, par suite de la rupture d'un abcès rein dans les bronches, *à travers le foie* (*Arch. de méd.*, 1842, t. XIV).

Lorsque les bruits caverneux ne paraîtront pas dépendre de l'existence d'une verne, il faudra rechercher la cause des consonnances pseudo-caverneuses ns la transmission des bruits trachéaux ou bronchiques, due à la compacité poumon comprimé, ou bien à une tumeur du poumon ou du médiastin Voy. AMPHORIQUES [Phénomènes], p. 49).

CELLULES. — *Voy.* MICROSCOPIE.

CÉPHALALGIE. — 1° *Caractères.* — Les douleurs de tête auxquelles a donné le nom de céphalalgie sont générales ou limitées. Lorsqu'elles sont rtielles, ces douleurs occupent une moitié latérale du crâne (hémicranie), la gion frontale, l'occiput ou une autre région, parfois même un espace très-mité, comme les foyers de douleurs névralgiques. Envisagée en elle-même, la éphalalgie ne présente pas de caractères qui diffèrent de ceux que j'ai rappelés mot DOULEUR. C'est à tort que l'on a donné, comme un complément du ableau descriptif de la céphalalgie, des phénomènes concomitants se rattachant ux conditions pathologiques de ce signe, puisqu'ils en sont l'origine au lieu d'en être la conséquence.

2° *Conditions pathologiques.* — Les affections qui sont précédées ou qui s'accompagnent de céphalalgie sont très-nombreuses, et il me paraît inutile de les rappeler toutes en détail. Il en est un grand nombre, en effet, dans lesquelles la douleur de tête joue un rôle trop secondaire pour que sa constatation soit d'une grande utilité pour le diagnostic. Ce n'est que dans les maladies dans lesquelles la céphalalgie est prédominante, comme signe, qu'il est important d'en signaler la valeur. Cette valeur ressort des caractères, de la marche de la douleur, et principalement des phénomènes qui coïncident avec elle.

Pour rechercher quelle est la condition pathologique de la céphalalgie constatée, il faut se demander si elle est superficielle ou profonde, afin de rechercher si elle se rattache à une affection des parois du crâne, ou bien aux organes intra-crâniens, à un organe éloigné, ou enfin à une maladie générale.

Si la peau du crâne n'offre aucune lésion qui puisse immédiatement expliquer la céphalalgie, un *érysipèle,* par exemple, il faut avant tout rechercher si la douleur est *névralgique.* Limitée alors ordinairement d'un seul côté du crâne, par moments lancinante, et se montrant par accès, elle ne saurait alors être méconnue, si l'on trouve comme confirmation les foyers douloureux de la névralgie. On peut rencontrer aussi de la DERMALGIE au niveau du cuir chevelu. La MIGRAINE n'est le plus souvent qu'une forme particulière de névralgie, mais d'autres fois elle constitue une céphalalgie d'origine très-complexe. — Si la douleur se montre surtout pendant les mouvements que les muscles impriment aux téguments du crâne ou aux muscles crotaphiques pendant la mastication, il s'agira d'un *rhumatisme musculaire.* — Enfin si la céphalalgie revient la nuit chez un individu atteint de syphilis constitutionnelle, on soupçonnera l'existence de douleurs ostéocopes.

Il est à remarquer que les douleurs superficielles que je viens de rappeler se montrent le plus souvent par accès, tandis que la céphalalgie plus profonde qui a son origine dans une affection des méninges ou des centres nerveux intra-crâniens, est ordinairement plus continue et à marche progessive. Elle est remarquable par son intensité et sa persistance comme premier symptôme de méningite; et, s'il s'y joint des vomissements, surtout chez un jeune sujet, ou chez un adulte tuberculeux, il y a tout lieu de craindre le développement de cette maladie. — La simple *congestion* cérébrale, soit simple, soit comme phénomène précurseur d'une *hémorrhagie du cerveau,* peut produire une douleur de tête variable d'intensité. Elle est parfois très-persistante, comme celle qui précède l'*hémorrhagie méningée* chez les vieillards, le ramollissement cérébral, de même que la céphalalgie qui s'observe comme signe des *affections organiques* des centres nerveux intra-crâniens. Ces affections, en général, comptent la céphalalgie au nombre de leurs symptômes les plus fréquents. Le siége de la céphalalgie due à une affection interne ne correspond pas toujours à la partie de l'encéphale qui est affectée; on ne devra donc pas attacher à cette donnée une valeur absolue.

Dans les organes plus ou moins éloignés, on peut également trouver le point de départ de la céphalalgie; mais alors elle est ordinairement de valeur secondaire. Certaines affections du foie ou du tube digestif (dyspepsie, constipation, entozoaires), et toutes celles qui congestionnent indirectement le cerveau, sont des causes de ce genre. Telles sont encore les inflammations locales voisines du cerveau : le *coryza*, l'*otite*, l'*ophthalmie*, etc.

Les *maladies générales*, ou les états généraux qui affectent toute l'économie, produisent très-souvent une céphalalgie dont il faut d'abord rechercher l'origine dans le *mouvement fébrile* et dans les *fièvres graves.* La douleur de

est un des principaux symptômes de l'invasion de la *fièvre typhoïde;* il en le même du *typhus fever,* de la *suette,* des *fièvres éruptives* en général. éphalalgie est atroce dans certains accès de *fièvre pernicieuse,* et elle se tre quelquefois très-rebelle comme accident consécutif d'accès de fièvre mittente simple. — Dans les *névroses,* la céphalalgie n'est pas moins fré- te que dans les fièvres. Elle est surtout remarquable dans l'hystérie; elle te les six septièmes des malades, suivant Briquet (300 sur 356), et occupe cipalement les parties charnues des muscles, de préférence vers la région ale, et non à la région occipitale, comme on l'a dit. La douleur appelée *hystérique* est remarquable par son étroite limitation et par son intensité me; mais elle est extrêmement rare, puisque Briquet ne l'a rencontrée que fois (*Traité de l'hystérie,* p. 215). — Les affections par *altérations du* comptent également la douleur de tête parmi leurs symptômes les plus ants; il en est ainsi dans la *pléthore,* dans l'*anémie* très-fréquemment, les *intoxications,* dans certains empoisonnements, dans les *cachexies.* fin dans le *rhumatisme articulaire aigu,* considéré comme une affec- générale, la céphalalgie est quelquefois (mais non toujours) le premier de l'effrayante complication que l'on a appelée *rhumatisme cérébral,* et iffère essentiellement par ses allures du rhumatisme musculaire péri-crâ-

Signification. — La céphalalgie, comme l'a fait observer Racle, est atismale, névralgique, congestive, anémique, ou constitue une simple le, et une même maladie peut donner lieu à toutes ces formes diverses uleur (*Traité de diagnostic*). Cette dernière remarque est importante, ne saurait se guider sur les caractères que je viens de rappeler pour ier toujours chacun d'eux à une maladie spéciale.

t surtout sur l'ensemble des signes que l'on se basera pour établir la le signification de la céphalalgie, et pour la rattacher à la maladie qu'elle ce ou qu'elle accompagne. Mais c'est lorsqu'elle existe seule, qu'elle est tante, et que l'on n'aura pu la localiser dans les parois crâniennes (névral- humatisme musculaire péri-crânien, douleurs ostéocopes), que la signifi- de la céphalalgie est difficile à déterminer. Au début des maladies des s nerveux ou des fièvres graves, il en est souvent ainsi; et ce n'est que se des signes nouveaux et plus ou moins caractéristiques viennent se re à la douleur de tête, que la valeur de ce dernier symptôme cesse d'être ise. Mais je n'entre pas dans de plus grands détails. Il me suffit, en effet, ir exposé les conditions dans lesquelles on rencontre la céphalalgie, et ir consacré à chacune d'elles un article particulier, pour que l'on puisse pléter facilement ce que les simples indications de celui-ci semblent avoir complet.

CÉPHALÉMATOME. — *Voy.* Tumeurs (céphaliques).

CÉRÉBRITE. — *Voy.* Encéphalite.

CERVEAU, CERVELET. — *Voy.* Encéphale.

CESTOIDES. — *Voy.* Entozoaires.

CHALEUR ANIMALE. — *Voy.* Thermométrie.

CHANCRE. — *Voy.* Ulcérations et, comme articles complémentaires, Syphilis et Blennorrhagie.

CHAMPIGNONS. — *Voy.* Empoisonnements.

CHANT DES ARTÈRES. — *Voy.* Vasculaires (Bruits).

CHEVEUX. — *Voy.* Poils.

CHIQUE. — *Voy.* Parasites (cutanés).

CHLORHYDRIQUE (Acide). } *Voy.* EMPOISONNEMENTS.
CHLOROFORME. }

CHLOROSE. — Depuis que l'anémie a été étudiée avec soin dans ses différentes conditions pathologiques, on ne peut plus considérer la chlorose autrement que comme une forme d'anémie, présentant quelques particularités accessoires, insuffisantes pour caractériser une maladie spéciale. Ces particularités sont : l'apparition de l'anémie à *l'époque de la puberté* chez les jeunes filles, et la coïncidence de troubles menstruels de trois espèces : l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, ou la MÉNORRHAGIE.

Cette manière d'envisager la chlorose est celle de beaucoup d'observateurs, et elle me paraît être la vraie. Rien ne prouve, en effet, que les troubles menstruels produisent l'ensemble des symptômes observés, tandis que l'on peut rattacher ordinairement ces symptômes à de mauvaises conditions hygiéniques particulières, ou bien à une altération manifeste des fonctions digestives. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme de la chlorose, on doit, au point de vue exclusif du diagnostic, le seul qui nous occupe, la considérer comme nous venons de le faire, et comme nous l'avons fait déjà au mot ANÉMIE (p. 60).

CHOC (Bruits de). — Les bruits de choc que produisent la systole du cœur au niveau de la région précordiale, et les battements des tumeurs anévrysmales, ne sont pas les seuls que l'on puisse percevoir à l'auscultation, au niveau de la poitrine.

Aran a constaté, chez un malade atteint d'hydropneumo-thorax du côté droit, et à la suite d'une quatrième thoracentèse, une espèce de bruits de frottement très-rude qui se produisait seulement pendant la toux, et qui se percevait à la base de la poitrine, en dehors et à droite. Ce bruit de choc ou de percussion donnait la sensation d'un corps distendu brusquement et venant frotter contre le feuillet pariétal de la plèvre. Aran attribue ce phénomène, dont le malade avait conscience, au *choc du poumon* contre les parois de la poitrine. Le bruit très-rude était, en effet, tout à fait semblable à un coup fort et sec porté de l'intérieur contre les parois thoraciques, et sa situation variait suivant les positions que prenait le malade.

CHOLÉCYSTITE (INFLAMMATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE). — 1° *Éléments du diagnostic.* — L'ensemble des signes de cette affection, qui s'observe presque toujours chez des individus qui ont des calculs biliaires, est le suivant : *douleur* très-vive survenant au-dessous du rebord des fausses côtes droites, augmentant par la pression, la respiration et les mouvements du tronc ; *ictère, vomituritions, fièvre;* constatation d'une *tumeur* avec empâtement, *fluctuation*, et, comme conséquence, un *abcès* tantôt se dirigeant vers l'extérieur, donnant issue à du *pus mélangé de bile*, à des *calculs*, et suivi de fistule, tantôt s'ouvrant dans l'intestin adhérent ou dans le péritoine.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque chez un malade présentant déjà les signes de calculs biliaires, c'est-à-dire une *colique hépatique*, ou bien dans le cours d'une fièvre grave et notamment dans l'affection typhoïde, comme l'a observé Louis, on voit survenir les premiers des phénomènes que je viens de rappeler, et notamment la douleur localisée et la fièvre, on devra soupçonner l'existence d'une inflammation aiguë de la vésicule biliaire. On en aura la certitude si l'inflammation se terminant par un *abcès*, on parvient à diagnostiquer la collection purulente, dans le cours de la maladie, grâce à une *tumeur* fluctuante inflammatoire, débordant les fausses côtes droites, et à plus forte raison *s'il se forme* un abcès extérieur ayant les caractères que j'ai rappelés.

is il n'est pas ordinaire d'observer des faits aussi concluants. Le diagnostic rt difficile lorsque l'abcès n'est pas accessible à l'exploration. Chez les dus maigres et dont les parois abdominales sont relâchées, on parviendra acilement à la constatation de la tumeur; mais chez ceux qui sont dans des tions contraires, la percussion seule pourra indiquer une tumeur s'insi- sous les côtes, et il n'y aura rien de caractérisé comme abcès, s'il ne tend rs l'extérieur. J'ai rencontré dans ma pratique un malade dont l'obésité permit que de soupçonner fortement l'existence de l'abcès; il avait eu rd une colique hépatique avec ictère intense, puis sensibilité très-vive et tante au-dessous du rebord des fausses côtes, à la hauteur de la vésicule, et délire, suivis rapidement de mort. Un commémoratif remarquable de bservation fut un accès de colique hépatique avec ictère et vomissements, u dix ans auparavant, et qui ne s'était reproduit que tout récemment, lieu d'une santé florissante depuis les premiers accidents. Or, l'autopsie a qu'un calcul gros comme une olive obstruait le canal cholédoque, et vingtaine de calculs plus petits étaient contenus dans l'abcès de la vési- e fait démontre que les accès antérieurs de colique hépatique sont une stance très-utile à connaître comme indiquant l'existence de calculs anciens mineux, cause ordinaire de la cholécystite.

léfinitive, le diagnostic positif de l'inflammation de la vésicule biliaire ne baser que sur l'existence de l'*abcès*. Mais cet abcès lui-même, lorsqu'il rofond, peut facilement se confondre avec d'autres tumeurs fluctuantes pochondre. J. L. Petit (*Mém. de l'Acad. chir.*, t. I, p. 147) a exposé les res différentiels de l'abcès de la vésicule et de l'abcès du foie ou de la r due à la rétention de la bile.

cès du foie, suivant lui, ne présente pas une fluctuation aussi facile à oir que l'abcès de la vésicule, et cette fluctuation est entourée d'une beaucoup plus marquée. On peut ajouter que le siége de l'abcès de la e est toujours le même sous les côtes, près du muscle droit, tandis que le l'abcès du foie est souvent différent. Enfin la marche de la maladie as la même dans les deux cas. La confusion n'aurait d'ailleurs qu'une ance secondaire, si l'on prenait ces abcès l'un pour l'autre. — Il n'en serait même si l'on prenait pour un abcès de la vésicule la *rétention de la bile* réservoir, ainsi que plusieurs faits malheureux d'opérations inoppor- l'ont démontré. Suivant J. L. Petit, la douleur est de plus longue durée abcès que dans la rétention biliaire; elle est pulsative; lorsqu'elle dimi- lle ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que e la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont ngs, et ils sont suivis de chaleur et de moiteur. La fluctuation est moins dement manifeste; elle commence par le point le plus saillant, pour dre au reste de la tumeur, et enfin on trouve à la circonférence de celle-ci empâtement et un certain degré de dureté que l'on ne trouve pas dans la e rétention de la bile.

Pronostic. — La cholécystite est assez souvent suivie de mort; mais plus emment la terminaison en est favorable, soit par suite de la résolution de ammation, soit par l'ouverture spontanée de l'abcès à travers les parois minales, soit enfin par l'intervention de l'art.

HOLÉDOQUE (Canal). — *Voy.* CALCULS biliaires, et COLIQUES (hépa- es).

HOLÉMIE. — *Voy.* SANG.

CHOLÉRA. — Le choléra est épidémique ou sporadique. Ces deux formes

doivent être examinées séparément; le choléra épidémique, qui est le plus gra[illegible] nous occupera d'abord.

I. CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

1° *Élément du diagnostic.* — Les signes les plus tranchés et par consé[illegible] les plus caractéristiques du choléra épidémique sont ceux de la période al[illegible] *coloration cyanosée,* ou d'un violet livide, des extrémités et d'une partie [illegible] face, ou de toute la peau du corps; *amaigrissement* rapide du visage; *ex[illegible] tion des yeux; agitation* alternant avec de l'*assoupissement; peti[illegible] extrême du pouls; refroidissement de la langue* et de la peau, qui a [illegible] son élasticité et souvent sa sensibilité; *évacuations alvines* fréquentes, aqu[illegible] le plus souvent blanchâtres, d'aspect opalin, presque sans odeur, et ten[illegible] suspension des corpuscules blanchâtres riziformes; *vomissements* bili[illegible] d'un liquide blanchâtre analogue à celui des garde-robes; *crampes* très-[illegible] loureuses; *aphonie,* et enfin diminution notable ou suppression compl[illegible] l'*urine.*

Dans la période de réaction, lorsqu'elle survient, on observe : un *pouls* [illegible] *et fréquent,* la *chaleur* vive de la peau et sa *congestion;* la *turgescence* [illegible] *guine* de la face et des yeux; la sécheresse avec *enduit fuligineux* de la [illegible] gue; la *céphalalgie,* les *éblouissements,* les *tintements d'oreilles,* de l'*in[illegible] nie,* de l'*agitation,* et parfois du *délire;* d'autres fois, un *abattement* pr[illegible] de la *somnolence* ou du *coma;* des *congestions viscérales* manifestes [illegible] poitrine ou l'abdomen, parfois de véritables *inflammations* secondaires[illegible] *exanthèmes* cutanés, des *contractures* des membres, des *parotides.* —[illegible] voit, à cette longue énumération d'accidents ou de symptômes, combien [illegible] vent être variés les signes de la réaction.

2° *Inductions diagnostiques.* — Comme pour toutes les maladies épi[illegible] ques, la connaissance du fait de l'existence de l'épidémie elle-même est [illegible] grand secours pour l'interprétation diagnostique des faits que l'on observe[illegible] connaissance seule permet d'accorder aux prodromes ou au début de la m[illegible] l'attention qu'ils méritent, et, en particulier, aux vomissements et surtou[illegible] diarrhée. Toutefois, ces troubles gastriques et intestinaux ne doivent être c[illegible] dérés comme les premiers symptômes du choléra que lorsqu'ils s'acco[illegible] gnent de crampes, d'aphonie ou de diminution notable de l'urine. La s[illegible] diarrhée constitue cependant un prodrome fréquent (diarrhée prémoni[illegible] qu'elle résulte ou non de la terreur qu'inspire l'épidémie.

Le diagnostic de la maladie confirmée, c'est-à-dire à sa période algide, n'[illegible] aucune difficulté, que cette période survienne progressivement ou se mani[illegible] d'emblée avec plus ou moins de violence. Dans tous les cas, les signes de [illegible] période, que j'ai rappelés plus haut, forment un ensemble caractéristique [illegible] ne peut tromper. Cependant, s'il s'agit d'un malade qui habite une contr[illegible] des fièvres paludéennes sont endémiques, en présence des symptômes cara[illegible] ristiques du choléra, il faudra penser à la possibilité d'une *fièvre pernici[illegible] à forme dite cholérique.* Quoi qu'il en soit, en présence des symptômes c[illegible] téristiques de la période algide, il ne peut le plus souvent y avoir de doute[illegible] dans les cas rares où les symptômes sont limités en nombre. On a vu, [illegible] exemple, après des symptômes digestifs insignifiants, survenir quelque[illegible] refroidissement général avec insensibilité du pouls et coma, sans autre symp[illegible] jusqu'à la mort. Il est évident que de pareils faits ne peuvent être rapport[illegible] choléra qu'en temps d'épidémie.

C'est principalement dans la période de réaction, plus accentuée chez [illegible] jeunes sujets que chez les vieillards, que les erreurs de diagnostic peuvent

ntes. C'est ce qui a surtout lieu lorsque l'on rencontre des cas isolés de ı, plus ou moins longtemps après la cessation apparente d'une épidémie, que l'on voit pour la première fois un malade présentant des symptômes : rattachent à la période de réaction. On a fait observer avec raison que ériode n'est plus le choléra lui-même, puisque la guérison peut avoir lieu action dépassant le retour à l'état physiologique. Mais cela n'empêche ı question du diagnostic de présenter un véritable intérêt lorsque la n existe; et c'est bien à tort que les traités de pathologie la négligent.

tombe forcément dans les erreurs les plus graves, en effet, si l'on est ı présence d'un malade à cette période de réaction, et que l'on ne se gne pas suffisamment, par un interrogatoire attentif, sur les phénomènes it précédé : une diarrhée récente, des vomissements avec refroidissement al, cyanose, aphonie, anurie.

mi les maladies que les phénomènes de la réaction peuvent simuler, si nore les antécédents cholériques, se placent en première ligne la *fièvre ïde* et certains *exanthèmes*. — La fièvre typhoïde sera d'autant plus facit admise lorsqu'il y aura fièvre intense, symptômes nerveux, etc., que le e, vu son état de somnolence ou de coma, pourra moins fournir de renments antérieurs, qu'il pourra exister des douleurs de ventre à la preset persister de la diarrhée. — On a désigné sous le nom de *roséole* un ıème qui, dans la réaction du choléra, en 1849, m'a paru ressembler plufois, à s'y méprendre, à une éruption rubéolique ou scarlatineuse. Mais es cas de cette espèce, il y a défaut de symptômes caractéristiques vers ies respiratoires ou vers la gorge. L'*érysipèle* n'est pas non plus trèsans les mêmes conditions, et pourrait n'être pas rapporté à sa véritable e.

différents états pathologiques de la réaction sont, pour la plupart, de complications, de même que les *congestions* cérébrale, pulmonaire, nale, et les *inflammations* des méninges, des poumons et du tube digesı ont été observées.

en pareil cas, ainsi que dans toute autre maladie aiguë, l'on avait l'idée de rcher l'albumine dans l'urine, on pourrait en rencontrer sans que l'albuie, qui survient dans les premières quarante-huit heures de la réaction du a (Martin Solon), soit un signe très-utile. Mais il peut arriver que, dans recherche, les urines deviennent *bleues* par l'addition de l'acide azotique; ette réaction, signalée par Gubler dans le choléra, pourrait-elle donner l sur la nature des phénomènes observés (*Voy.* URINES)?

ı *formes* de la maladie sont très-nombreuses, si l'on tient compte de l'iné des symptômes, de la rapidité de leur marche, et de leur prédominance roque. Chaque épidémie a, sous ce rapport, son caractère particulier.

s complications qui surviennent dans la période de réaction, et que j'ai elées plus haut, sont plutôt faites pour obscurcir le diagnostic que pour airer. Une complication des plus graves a été signalée pendant la dernière émie, c'est la gangrène ordinairement externe qui se manifeste dans diverses ties du corps. D'abord des cas isolés ont été observés aux membres inférieurs nier, Soffray, Bourdon), puis par Mouchet, interne à l'Hôtel-Dieu, à la re inférieure, aux poumons, aux bras, à la peau (*Arch. de méd.*, 1867, t. IX). ne saurait considérer comme de véritables complications les troubles morles qui persistent après la disparition du choléra, tels que de l'*agitation*, l'*insomnie*, et vers l'estomac, l'*anorexie*, des VOMISSEMENTS plus ou moins

rebelles, et des *gastralgies* opiniâtres que l'on a vues se prolonger pendant u[n] année et plus.

3° *Pronostic.* — La gravité du choléra épidémique est connue. La mort p[eut] survenir d'une manière presque foudroyante, lorsque les symptômes ont, dès [le] début, une intensité exagérée; parfois elle est imprévue dans des cas en ap[pa]rence peu violents; mais le plus souvent elle est la conséquence de l'aggr[ava]tion plus ou moins rapide des symptômes, soit dans la période algide, soit [dans] la période de réaction. On devra redouter une terminaison funeste toutes les [fois] que le pouls deviendra insensible, qu'il y aura des selles involontaires, [du] coma avec immobilité complète, et une anesthésie de la peau. Dans le cours [des] épidémies qui ont sévi en France, la mortalité a été habituellement de plu[s de] moitié, mais variable suivant l'âge des malades, le temps, les lieux. Elle est [plus] forte chez les individus âgés et affaiblis au début de l'épidémie. Dans l'ép[idé]mie de 1849, que j'ai observée dans un asile d'aliénés (*Voy. Ann. mé[d.] psychol.*, 2e série, t. III), la mortalité fut plus prononcée dans les cas de m[anie] chronique et de démence que dans les autres formes d'aliénation mentale. [La] mortalité fut aussi d'autant plus grande que les individus furent atteints à [une] époque plus rapprochée du début de l'épidémie, *quelle que fût la durée [de] leur maladie ou l'intensité apparente des symptômes.*

II. CHOLÉRA SPORADIQUE.

Comparé au choléra épidémique dont il vient d'être question, le cho[léra] sporadique est habituellement beaucoup moins grave dans sa forme comme d[ans] sa terminaison, qui est très-rarement funeste. Il se distingue encore du cho[léra] épidémique par son endémicité dans nos pays méridionaux, par le défaut d'[éva]cuations blanchâtres avec corpuscules riziformes, par l'absence de cyanose, [de] phénomènes asphyxiques ou de réaction exagérée. Cependant la différence [est-elle] dans les symptômes est-elle toujours bien réelle? Il est difficile de l'adme[ttre]. Pendant l'été, on peut observer, dans les hôpitaux de Paris, quelques cas is[olés] de choléra, que l'on ne doit pas évidemment considérer comme épidémiq[ues]. Et cependant plusieurs en présentent tous les caractères, et entre autres, la c[ya]nose et les évacuations caractéristiques; certains cas sont suivis de mort. [Je] dois rapprocher de ces cas sporadiques ceux qui caractérisent le *choléra inf[an]tile*, que Trousseau a désigné sous la dénomination de *maladie d'été*. Il s[ur]vient surtout à l'époque du sevrage, et ses symptômes sont ceux du cho[léra] atténué; cependant la mort en est assez souvent la terminaison.

On ne saurait confondre le choléra sporadique avec une simple *indigesti[on]* si ce n'est tout à fait au début. — L'*empoisonnement* par les poisons irrita[nts] pourrait être plus facilement pris pour le choléra sporadique; mais ces poi[sons] auront produit des taches caractéristiques sur leur passage, sur les lèvres, d[ans] la bouche, et, de plus, l'apparition tardive de la diarrhée dans l'empoisonnem[ent], signe sur lequel Grisolle a appelé l'attention en pareil cas, sera un très-b[on] caractère différentiel.

CHOLESTÉRÉMIE. — Pour Flint, il existerait une intoxication [qui] serait due à l'accumulation insolite de la cholestérine dans le sang. Il l'expli[que] en disant que cette substance est formée en très-grande partie, sinon exc[lusi]vement, dans la substance nerveuse, qu'elle est résorbée par la circulati[on], excrétée par la bile, et par suite en excès dans le sang lorsque cette excréti[on] est suspendue. Il en résulterait, entre autres accidents, des troubles cérébr[aux] avec ou sans ictère (*American Journ. of. med. sc.*, 1862). Mais on ne doit [pas] considérer cette manière de voir du savant docteur américain comme suffisa[m]ment démontrée pour lui faire prendre place dans le cadre nosologique.

— Cette névrose, confondue de nos jours avec la danse de Saint-
jet de travaux modernes nombreux, depuis la publication des
e Bouteille et de Jos. Bernt, en 1810. A ces travaux se rattachent,
noms de Blache, Rufz, G. Sée, Barthez et Rilliet, Gillette, Trous-
r, qui a exposé à l'Académie de médecine un savant historique de
propos du rapport dont fut l'objet, en 1859, le Mémoire de
mental dans la chorée. Nous donnons au mot chorée le sens
i ont attribué la plupart des auteurs, renvoyant aux CONVULSIONS
ique des affections convulsives considérées d'une manière géné-
erons sous silence la *chorée d'Abyssinie*, ou *tigretier*, décrite
qui n'est qu'une sorte de danse maniaque épidémique (Le Roy de
. *de méd.*, 1858, t. XII). Moller, de Gressen, a signalé la chorée
femmes enceintes (*Arch. für path. Anatomie*, 1861).
emps les avis sont partagés sur la nature rhumatismale de la
Roger a publié en 1866 (*Arch. de méd.*, 1866, t. VIII, et 1867,
oire pour défendre cette opinion qu'il croit vraie. Il s'appuie sur
, G. Sée, Botrel, Trousseau et rapporte des observations qui lui
ur démontrer que la chorée est une affection rhumatismale. Il a
rd comme confirmation nouvelle de cette opinion, sous les noms
liaque (*Ach. de méd.*, 1868, t. XI), la fréquence des affections
a chorée.

du diagnostic. — La chorée vulgaire se rencontre le plus sou-
fants âgés de six à quinze ans. Elle débute ordinairement sans pro-
des prodromes insignifiants pour le diagnostic. Elle est générale
lle s'annonce par des *mouvements involontaires irréguliers*, et
difficiles à décrire, qui se montrent d'abord aux doigts d'une
des membres supérieurs, ou aux deux, puis bientôt à la face
des grimaces que les parents croient d'abord volontaires), puis
du corps. Les trémoussements musculaires et les mouvements
ntaires sont spontanés ou remplacent les mouvements réguliers
upérieurs ou inférieurs; l'articulation des mots est parfois difficile,
les sons modifiée, et rappelant quelquefois l'aboiement ou d'autres
. La production incessante et désordonnée des mouvements est
es; le malade se contusionne sur tous les objets à sa portée, et il
xcoriations sur le tronc et au niveau des grandes articulations
malade est couché, on ne peut quelquefois le maintenir dans son
plus grands efforts, à moins qu'il ne sommeille. Ce qu'il y a de
n effet, c'est que les convulsions *cessent pendant le sommeil*.
ent au contraire lorsque l'enfant s'aperçoit qu'on l'examine. Le
eurs naturel et l'intelligence habituellement intacte, à part l'im-
é et l'irritabilité du caractère, et, lorsque la maladie s'est prolon-
quefois affaiblissement intellectuel. Marcé prétend avoir constaté
oraux ou intellectuels dans les deux tiers des cas, et, entre autres,
le la mémoire, des hallucinations et même le délire maniaque, ce
dmis comme règle générale.
rtielle est limitée à deux membres, ou bien à un seul (le plus sou-
), à une région, à la face, au larynx (Blache), à un seul muscle
j'en ai observé un exemple (muscle sterno-mastoïdien). Tribou-
ussel, son élève (*Thèse*, 1865), ont noté un *endolorissement sur*
erfs qui se distribuent aux parties agitées de mouvements chorei-
signalé aussi des douleurs provoquées par la pression limitée du

doigt sur le trajet de ces nerfs, douleurs provoquées qu'ils considèrent co
spéciales, mais qui ne diffèrent pas en réalité des foyers ou points névralgi
de Valleix. La chorée présente d'ailleurs beaucoup d'autres particularités
rappellerai les plus importantes dans ce qui va suivre.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'on a été une seule fois tém
des convulsions plus ou moins généralisées de la chorée vulgaire, la seule fo
dont je me sois occupé à dessein dans ce qui précède, on ne peut plus
méconnaître. Leur irrégularité extrême, l'absence de fièvre et, presque toujo
le jeune âge des malades, donnent à la chorée générale un cachet tout particul
qui empêche de la confondre avec les autres maladies convulsives. Le jeune
n'est d'ailleurs pas une condition absolue de la chorée; on la rencontre par e
tion chez l'adulte et même chez des vieillards âgés de soixante à quatre-vi
ans, comme plusieurs auteurs, Bouteille entre autres, en ont rapporté de cur
exemples. H. Roger a vu une femme de quatre-vingt-trois ans, dont il a comm
qué l'observation à la Société médicale des hôpitaux (1854), être atteinte de c
maladie. — L'irrégularité des mouvements qui se remarque dans les chorées p
tielles, aussi bien que dans les chorées générales, suffit pour les faire reconn

Les données étiologiques de la chorée, telles que sa fréquence plus gr
chez les *filles* que chez les garçons, l'influence de la *frayeur*, des violentes é
tions, de l'*imitation* (qui peut donner lieu à des espèces d'épidémies), et c
du *rhumatisme* (Copland, G. Sée, H. Roger), ne peuvent guère servir au
gnostic. Duncan (*Edim. med. Journ.*, 1854) a vu, après J. P. Frank (18
la chorée se développer pendant l'anémie due à la grossesse, et disparaître a
ou immédiatement après l'accouchement. D'autres faits ont été observés de
par Romberg (Berlin, 1857), Scanzoni (1859), Mosler (1862), Jaccoud (*Leç
de clin. méd.*, 1867) et par d'autres observateurs. Félix Bricheteau a dém
que la chorée pouvait se propager par imitation et constituer ainsi une
d'épidémie (*Arch. de méd.*, 1863, t. I). On a cité des chorées dites mercuri
dues à un traitement par le mercure; mais ces faits doivent être consid
comme des tremblements d'intoxication. La marche de la chorée est cont
et progressive, et sa durée est en moyenne de soixante-neuf jours, sui
G. Sée. Or, les progrès de la maladie peuvent confirmer le diagnostic, lors
l'on voit les convulsions irrégulières envahir successivement les membres
face, et enfin tout le corps. Très-rarement les accidents sont intermitten
vraiment périodiques, comme l'ont observé Bouteille et Rufz.

Suivant la remarque de Blache, l'absence de la fièvre, du coma, du déli
de la raideur tétanique, sont des signes très-propres à séparer la chorée de t
autre affection de l'axe cérébro-spinal; et c'est à tort que l'on en a rapproc
béribéri, le branlement de tête des vieillards, quelques tics douloureux, cert
tremblements nerveux dus aux excès vénériens ou alcooliques, ou bien à l
intoxication saturnine ou mercurielle. La régularité des tremblements, dans c
derniers cas, les distingue facilement de la chorée. Cependant il existe certai
chorées partielles qui sont symptomatiques d'une lésion du cerveau ou de
moelle épinière, et qui simulent complétement la chorée essentielle. Jadelot
sait que la chorée partielle chronique dépendait souvent d'une affection organi
de l'encéphale (Barthez et Rilliet). Des *tubercules cérébraux*, la même lé
du *cervelet* (Schute), un *ramollissement circonscrit de la moelle*, ont do
lieu à cette forme rare de chorée, qui était limitée à l'œil dans le premier

Outre la forme dite *vulgaire* de la chorée dont il est question précédemm
on a admis une forme *rhythmique* ou *anomale* qui comprend toutes les vari
de danses convulsives qui ont été observées par les anciens, et auxquelle

articulièrement applicable la dénomination de danse de Saint-Guy. Ces s rhythmiques, qui se développaient autrefois épidémiquement sous l'in-e de l'imitation, sont complétement différentes de la chorée telle que nous vons, ainsi que Bouvier l'a démontré.

complications de la chorée, de même que certaines maladies intercur-, méritent une attention particulière. Les maladies incidentes peuvent cer aucune influence sur la durée ou sur l'intensité de la chorée, comme et Blache l'ont remarqué, ou bien il peut arriver, suivant Barthez et Rilliet, les *fièvres éruptives* agissent sur la chorée, soit en l'exaspérant, soit en la t diminuer, puis disparaître. Ils n'admettent donc pas, avec G. Sée, que urs la fièvre exaspère la chorée. — J'ai rappelé plus haut que H. Roger fait remarquer la fréquence des *affections cardiaques* dans la chorée, ce explique par la nature rhumatismale de cette dernière maladie. — Les *ulsions* générales sont venues quelquefois compliquer la chorée, et on les es en marquer le début (G. Sée) ; mais ce sont là des faits exceptionnels. On considérer aussi comme complications le *spasme de la glotte* et probable-t aussi la *contracture du diaphragme* qui peuvent amener l'*asphyxie*, et faire rapidement la mort.

Pronostic. — On ne peut pas dire que la chorée soit toujours une affec-légère, même lorsqu'elle est simple. Les cas graves, dans lesquels on doit uter la mort, sont d'abord ceux où l'excitation nerveuse et les convulsions réiques ont une grande intensité, et dans lesquelles on a vu survenir le me de la glotte ou la contracture du diaphragme. Weir et Aitken ont publié fait de chorée mortelle survenue immédiatement après un rhumatisme arti-ire (*The Glasgow med. Journ.*, 1853). Plusieurs observateurs ont constaté tubercules dans le cerveau après la mort, et Malherbe (de Nantes) a trouvé fois un ramollissement de la substance corticale du cerveau et du cervelet *rn. de méd. de la Loire-Inférieure*, 1858). Enfin Trousseau a vu survenir ort chez des malades consumés par une fièvre due à l'inflammation des plaies reuses qui résultaient des frottements continuels des parties saillantes du s pendant les mouvements désordonnés qu'elles subissent (*Union méd.*,). La chorée se termine le plus ordinairement par la guérison, surtout lors-elle est aiguë ; mais les récidives sont assez fréquentes. Les chorées chroni- qui reviennent à de courts intervalles, ou qui sont continues, peuvent se pétuer pendant des années.

CHROMHYDROSE. — On a donné ce nom, ainsi que celui de *cyanopathie* *...née*, à une *coloration partielle en noir ou en bleu de la peau* et spécia-ent des *paupières*, qui a été observée par Yonge (1709), Billard (d'Angers), le docteur Moore Neligan (*Dublin Quartely Journ.*, t. XIX), et décrite France par Le Roy de Méricourt (*Arch. de méd.*, 1857, t. X). Cette lésion gulière a été observée principalement chez les femmes, et presque tous les cas ervés en France l'ont été dans des villes maritimes, et principalement à Brest.

La critique très-bienveillant de la première édition de cet ouvrage parut sur-pris de nous y voir traiter de la chromhydrose (*Gaz. hebdom.*, 1862). Il parta-geait l'incrédulité des médecins qui se sont refusés, en grand nombre d'abord, à admettre la réalité de cette affection ; et il faut avouer qu'un certain nombre de e simulation bien avérée devaient les entretenir dans cette conviction. S'il y a eu des supercheries, il y a eu aussi de nouvelles preuves de la de la sécrétion anomale. Le Roy de Méricourt, après la publication de leux Mémoires de 1857 (*Arch. de méd.*) et 1858 (*Bulletin de l'Acad. de* ..., t. XVIII, p. 1141), a publié un travail très-convaincant de la réalité de la

maladie dans les *Annales d'oculistiques* en 1864, dans lequel vingt-l authentiques sont réunis. Ce travail contient de plus une note de Ch. I d'Ordonez sur la matière toute particulière recueillie au niveau des pa Aux preuves très-complètes fournies par ce Mémoire important est joindre un fait de constatation très-circonstanciée, observé par plusieur cins belges, qui a été l'objet d'un rapport à la Société médicale de Gan a été recuilli par Warlomont (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique* Ici toutes les précautions ont été prises pour obtenir le produit de l'ex cutanée sous un appareil de taffetas collodionné et *sous* du collodion directement sur la peau. Le docteur Rommelaere-Pidoux, de Gand, recoi la matière recueillie était exactement semblable à celle observée par Ch et Ordonez.

Je partage donc l'opinion favorable de Hardy, en faisant remarquer s'appuie sur la réalité incontestable d'un assez grand nombre d'obser sur l'honorabilité des médecins qui ont vu les faits vrais, et sur l'impo évidente de la simulation chez certaines malades.

Dans l'article que Hardy a consacré à cette affection dans le *N Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. VII, 1867), il dernier mot que l'on ait publié sur la chromhydrose.

Les éléments du diagnostic sont l'existence de *taches noires* ou *bl* visage et même sur tout autre point du corps, mais principalement *au pières;* la *possibilité d'enlever ces taches* par le grattage, ou avec imprégné d'huile ou de glycérine; et leur *réapparition spontanée* d'un temps variable.

Ces caractères bien authentiques suffisent à la rigueur au diagnostic, véritable difficulté gît dans la distinction à faire entre la vraie chromhydros teintes noires du visage résultant de l'application d'une pommade, d'une ou d'un liquide coloré (Hardy). Il faudra donc se rappeler que la vraie tion ressemble au duvet de certains fruits, que les cils et les poils follets, nés à la loupe, ne tiennent pas en suspens de matière colorante comm le cas d'application artificielle. Enfin l'exam croscopique (plaques lamelleuses opaques et r Ch. Robin, *fig.* 17), et la reproduction de la colorante sous les yeux de l'observateur, comm dame de Brest digne de foi m'a affirmé l'avoir constaté chez une de ses amies, sont des preu doivent paraître convaincantes. La reproducti taches sous une couche de collodion appliqué a nettoyage de la paupière ne peut laisser subsis cun doute sur la légitimité de l'affection.



Fig. 17. — Matière colorante recueillie récemment et nouvellement sécrétée (Le Roy de Méricourt).

Le début parfois subit au milieu d'une san faite ou dans le cours d'une chloro-anémie, la durée de l'affection, son irrégularité d'apparitio a lieu quelquefois à l'approche des règles, av troubles de la menstruation, avec la grossesse suite de vives émotions : telles sont les données complémentaires du diag de la maladie, que Le Roy de Méricourt est moins porté qu'autrefois à sidérer comme fréquemment liée à des troubles de menstruation.

La chromhydrose n'entraîne d'ailleurs par elle-même aucun trouble s dans la santé; mais sa longue durée, sa résistance au traitement, et son habituel au visage en font, quoi qu'on ait pu dire, une affection très-pé

comme cela ressort d'observations authentiques, et de rapports dignes de foi.

CHRONIQUES (Maladies). — *Voy.* MALADIES.

CICATRICES. — Les constatations de cicatrices sont quelquefois utiles au diagnostic, comme signes soit d'une affection cutanée, soit d'une maladie locale plus profonde ou d'une maladie générale plus ou moins ancienne. Comme élément du diagnostic des affections de la peau, elles complètent d'autres signes plus importants. Comme stigmates d'une affection locale ou générale, les cicatrices éveillent l'attention sur l'existence antérieure ou actuelle de cette affection. Telles sont celles qui résultent de la scrofule, de la syphilis, et celles dues à une foule d'affections locales qui, une fois guéries, n'offrent le plus souvent que peu d'intérêt. Une exception doit cependant être faite pour les traces cicatricielles des morsures qui ont occasionné la RAGE, et dont la constatation a une très-grande importance.

Les cicatrices méritent d'être signalées comme origine de troubles résultant de leur formation même, et dus le plus souvent aux coarctations, aux rétrécissements qui résultent de la rétraction cicatricielle. Sans parler des conséquences de cette espèce qui se montrent à l'extérieur, je citerai particulièrement les brides qui s'établissent dans les voies ou conduits naturels à la suite d'ulcérations variées. A la suite de la gangrène de la bouche, on voit les cicatrices s'opposer au libre écartement des mâchoires, et par suite gêner l'exercice de la parole et de la mastication. Une ulcération de l'œsophage, comme celles produites par l'action d'un caustique, des ulcérations de l'intestin ou de l'anus, ou du canal de l'urètre, produisent des RÉTRÉCISSEMENTS dont les effets sont plus ou moins graves; mais il n'en est pas dont les conséquences soient plus funestes que les rétrécissements de la trachée-artère produits par la cicatrisation d'ulcères syphilitiques, car c'est une asphyxie croissante et mortelle qui en résulte, ainsi que Moissenet et Vigla en ont communiqué deux exemples à la Société des hôpitaux de Paris, en 1858 (*Union méd.*, 1858, 1859).

Une question de diagnostic intéressante est celle que soulève l'existence de cicatrices qui révèlent un traitement extérieur ancien, et plus ou moins actif, au niveau des organes internes : je veux parler des cicatrices de piqûres de sangsues, de ventouses scarifiées, de sétons, de moxas, de caustiques divers. Lorsque ces stigmates cicatriciels, facilement reconnaissables, occupent un des côtés de la poitrine, la région précordiale, l'hypochondre droit, l'épigastre, ou la région rachidienne, il ne faut les considérer qu'avec réserve comme des indices de l'existence antérieure d'une maladie des plèvres ou de l'un des poumons, du cœur ou du péricarde, du foie, de l'estomac, de la moelle épinière. Les traces visibles du traitement local peuvent, en effet, traduire un diagnostic erroné, ou simplement une opinion individuelle fausse. Les traces d'émissions sanguines au niveau de la région précordiale (sangsues, ventouses) rapportées à l'époque d'un rhumatisme articulaire aigu antérieur, ne sauraient être considérées comme indiquant toujours une complication ancienne du côté du cœur ou du péricarde, de même que les traces cicatricielles de piqûres de sangsues à l'épigastre ne peuvent pas révéler l'existence de la gastrite. Un simple souffle anémique, en effet, peut avoir été pris pour un signe d'endocardite, de même que la gastralgie a été fréquemment considérée, il y a une trentaine d'années, comme une gastrite. Sans donc nier absolument la signification des cicatrices résultant d'un traitement ancien, j'insiste sur la nécessité de ne pas leur faire exprimer plus qu'elles n'expriment en réalité, à moins que les résultats de l'interrogation ne viennent leur donner une signification particulière.

CIGUE. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

CIRCULATOIRE (Appareil). — J'ai traité séparément du cœur, d ARTÈRES, des VEINES de l'appareil LYMPHATIQUE, et des VAISSEAUX CAPILLA ce qui complète l'ensemble du système circulatoire. J'ai également trait bruits VASCULAIRES dans un article à part, et enfin, à propos de l'EXAMEN MALADES, j'ai rappelé la marche à suivre pour bien constater les signes présente l'ensemble de l'appareil circulatoire.

CIRRHOSE. — Cette maladie, particulière au foie, a été l'objet des re ches de Bouillaud et de Becquerel, à qui l'on doit l'étude la plus complète en ait été faite. Il a divisé la cirrhose en aiguë et chronique; mais, au poi vue du diagnostic, il me paraît inutile de l'examiner à part dans ces deux c tions, les symptômes étant les mêmes, et la maladie ne différant que p marche plus ou moins rapide, et la forme aiguë étant d'ailleurs rare.

1° *Éléments du diagnostic.* — L'*ascite* est le symptôme constant et pri de la cirrhose du foie (*Voy.* p. 95). Elle est, en effet, tout à fait caractéris si elle se développe dans les conditions suivantes : l'ascite précède consta l'œdème des membres inférieurs, qui parfois ne s'infiltrent que très-tardive dans une proportion peu considérable d'ailleurs et nullement en rapport l'épanchement abdominal, qui peut au contraire devenir énorme. En m temps, la peau, qui offre une *sécheresse* et une *rugosité* très-remarqua présente aussi une *coloration ictérique* ordinairement très-légère, ou terreuse (surtout à la face et au cou), et un *amaigrissement* de la *face*, *poitrine* et des *membres* supérieurs, qui contraste avec le volume exagé la moitié inférieure du corps et particulièrement de l'abdomen; rarement il un *ictère intense*. Le ventre présente à sa surface des *veines dilatées sinueuses* parfois caractéristiques, comme on le verra plus loin. La percu et la palpation démontrent la *diminution de volume* du foie, qui reste c sous les côtes. Cet organe, malgré le refoulement ascitique du diaphra parfois prononcé au point de produire une *gêne notable de la respiration*, fournit qu'une matité très-limitée en hauteur. En même temps, il exist troubles digestifs : *anorexie* plus ou moins complète, parfois des *éructati* des *vomissements*, un *dévoiement léger;* les *urines* sont d'une couleur or foncé et souvent rougeâtres, très-denses et chargées d'une quantité ano d'urate acide d'ammoniaque, qui se précipite spontanément par le refroi sement ou par l'addition d'une petite quantité d'acide nitrique (Becque Vers la fin de la maladie, la langue devient rouge et sèche, les selles sont in lontaires; le pouls, jusque-là calme, prend de la fréquence et de l'irrégula et un anéantissement complet, avec refroidissement et troubles des fonct intellectuelles, précède l'agonie.

2° *Inductions diagnostiques.* — La prédominance de l'épanchement a tique, le contraste du volume du ventre avec la maigreur de la moitié supéri du corps, la coloration jaunâtre de la peau, et la diminution de volume foie, constituent les signes les plus importants de la cirrhose de cet org Lorsque l'affection est simple, elle est facile à diagnostiquer; mais lorsqu coïncide avec une affection du cœur ou une maladie de Bright, l'hydro générale peut masquer les signes propres à la cirrhose, en rendant l'anasa plus ou moins uniforme. Cependant, même dans cette circonstance, la cirr produit une ascite beaucoup plus prononcée que celle qui existe dans mêmes maladies, ce qui peut donner l'éveil. Je dois d'ailleurs ajouter q coïncidence de ces différentes affections est fréquente.

Une particularité anatomique qui peut avoir son utilité séméiologiqu celle qu'a signalée Sappey au niveau des veines abdominales (*Acad. de m*

rmi les veines sous-cutanées dilatées et visibles, on en rencon
fois une plus volumineuse que les autres, avec plusieurs dilatations
riqueuses, se dirigeant du ligament suspenseur du foie vers la
roite, et constituant une grande voie dérivative qui ferait passer
s de la veine porte dans la veine cave inférieure. Ce courant
de haut en bas et non de bas en haut, serait accusé par un
erceptible à la main et par un *murmure* perceptible au stéthos-
tituerait un signe de cirrhose dans la très-grande majorité des
els on le rencontre. Mais, comme il ne se montre que dans
cirrhose ancienne, ce signe n'a qu'une valeur confirmative des
la maladie, à moins que cette dérivation sanguine ne s'oppose
dominale, dont l'absence jetterait nécessairement de l'obscurité
c.

ne très-exceptionnel et inexpliqué a été constaté à la Charité
cirrhose rappelé par Lemaire. C'est un bruit musical ou sibilant
constaté par Bouillaud et Potain, et qui existait au niveau de la
et inférieure du sternum; il persistait pendant la suspension des
spiratoires. L'état du cœur et des gros vaisseaux ne permit pas
a cause (*Union méd.*, 1859, t. I, p. 68). On peut se demander
s dans les parois de l'abdomen et du thorax une dérivation
le courant sanguin aurait pu donner lieu au bruit anomal. Le
té par Sappey au niveau du courant supplémentaire particulier
emble autoriser cette supposition.

étiologiques de la cirrhose tirent presque toute leur importance
lus ou moins ancienne des *maladies du cœur*, auxquelles l'af-
se rattache souvent par les congestions habituelles dont il est
nstatation d'autres causes assez obscures ne peut guère servir
telles sont : *l'emphysème* ou *les tubercules pulmonaires*,
ygiène, les affections morales vives, les grandes fatigues cor-
affections du tube digestif, auxquelles on a cru pouvoir attri-
. Cependant on doit tenir compte de l'âge de trente à quarante
plus fréquemment observé, sans oublier que la maladie peut se
les enfants et les vieillards. — La marche incessante de l'affec-
ent lente et ayant une durée chronique de plusieurs mois ou de
s, ne peut être d'une grande utilité au diagnostic, puisque, dans
aigus, on l'a vue marcher assez rapidement pour se terminer en
le début ne peut être bien fixé) après six semaines de durée.

onfondre la cirrhose et surtout la cirrhose simple avec l'hydro-
de l'ovaire, la péritonite chronique, l'hépatite chronique et le
Mais, dans cette dernière maladie, il y a ordinairement ascite
dans les autres, l'épanchement coïncide avec des signes si diffé-
e la cirrhose, que je n'ai pas à développer les caractères de ce
entiel.

plications de la cirrhose, on n'observe guère que les inflam-
hémorrhagies secondaires que l'on voit survenir dans toute
ue dont elles hâtent la terminaison fatale, et qui, dans l'affection
ont autant la conséquence des maladies concomitantes du cœur
tc., que le fait de la cirrhose elle-même. Il faut aussi se rappeler
re affection peut être rencontrée comme complication de la ma-

. — La cirrhose a été constamment suivie de mort dans les faits

connus. Lorsque l'anastomose veineuse signalée par Sappey s'est effectuée, la maladie a été moins rapidement funeste.

CLAPOTEMENT (Bruit de). — *Voy.* FLOT.

CLAQUEMENT (Bruit de). — Ce mot est habituellement appliqué à la distension brusque des valvules des orifices du cœur (*claquement valvulaire*); le mot *claquement* pourrait aussi être donné au bruit anomal constaté par Barth au niveau de fausses membranes en partie détachées dans les voies aériennes. Saussier a désigné sous la dénomination de *claquement costo-hépatique* un signe particulier de pneumothorax. Ce claquement résulterait du choc de la huitième côte percutée contre la foie, dans les épanchements de peu abondants, lorsque le foie n'est point refoulé vers l'abdomen. Il serait dû à la présence d'un vide laissé entre le foie et les côtes par la rétraction du bord inférieur du poumon, qui l'occupait avant l'épanchement (Journal l'*Expérience*, 5e année; et *Thèse,* 1841, p. 70).

CLOU HYSTÉRIQUE. — *Voy.* CÉPHALALGIE.

COCCYX. — A la suite d'une chute sur la région coccygienne, il survient quelquefois une *luxation* du coccyx, qui donne lieu à plusieurs symptômes dont le principal est une douleur extrême, que réveillent les moindres mouvements du malade, et qui s'accompagne d'engourdissement de la région sacro-lombaire, des cuisses et des jambes, douleur pouvant s'étendre jusqu'à l'omoplate et même jusqu'à l'extrémité des doigts. L'antécédent de la chute, la constatation du déplacement du coccyx par le toucher anal, et la cessation des accidents par la réduction, comme l'ont observé Roeser (*Froriep's Notizen,* 1857) et Blanafont (*Union méd.*, 1859, t. I), ne permettent pas d'hésiter dans le diagnostic. J'ai observé deux faits de coccyodynie pris pour des affections utérines chez deux jeunes filles. La douleur, intolérable par sa persistance, a résisté chez l'une de ces malades à tous les traitements, et a fini par disparaître spontanément après avoir duré au moins deux ans. L'autre jeune fille, d'une excellente constitution, mais anémique comme la précédente, avait des crises de douleur excessive, qui avaient été prises, ici encore, pour un signe d'affection utérine qui n'existait pas. Les crises disparurent complétement après quelques injections hypodermiques avec l'acétate de morphine.

Le professeur Simpson a décrit, sous le nom de *coccyodynie*, une douleur d'intensité variable, pouvant persister des années, empêchant de prendre la position assise, mais surtout exaspérée par la marche, la défécation, et par les mouvements imprimés au coccyx. Il l'a vue se développer sous l'influence du froid ou à la suite d'une *lésion traumatique* (*Med. Times and Gaz.*, 1859).

La douleur, dans ces diffférentes affections coccygiennes, n'a aucune ressemblance avec celle de la NÉVRALGIE *ano-vésicale.* Hicks et Bryant ont relaté un fait de coccyodynie suite de chute, qui a guéri, après plusieurs années de durée, par la section sous-cutanée des attaches tendineuses fixées au coccyx. Ce malade ne pouvait rester auparavant que debout pour éviter les douleurs, qui avaient été rapportées à une affection utérine (*Med. Times and Gaz.*, 18...

CŒCUM. — Situé au niveau de la fosse iliaque droite, cet organe y est mobile relativement aux autres parties du gros intestin, et il ne subit pas de dilatation assez considérable pour occuper une étendue beaucoup plus grande que dans l'état sain. On peut donc dire qu'on le trouve toujours occupant la même région. Il reçoit les résidus alimentaires excrémentitiels du petit intestin, et c'est de sa cavité qu'ils doivent s'élever verticalement, et par conséquent contre leur propre poids, dans le côlon ascendant qui lui fait suite.

Cette dernière circonstance explique comment l'accumulation des mati...

les constitue l'affection principale du cœcum. On a admis qu'il en résultait inflammation lente (typhlite) qui pouvait s'étendre au tissu cellulaire in et y déterminer le phlegmon iliaque. Le cœcum peut être le siége de eurs accidentelles, le cancer intestinal, par exemple, qui occupe de préfé- e les deux extrémités du gros intestin.

ns l'état physiologique, le cœcum n'est pas reconnaissable à la palpation la région iliaque droite; et la percussion ne peut quelquefois signaler sa ence que par un son d'une tonalité différente de celle des intestins voisins. lorsque des matières fécales s'y trouvent amassées, ou que le cœcum est iége d'une tumeur accidentelle, la palpation permet de constater une faction inégale et dure, et la percussion fournit un son mat à son niveau. portant, en pareil cas, est de ne pas confondre la rétention des matières s, affection légère, avec une tumeur carcinomateuse, ni ces deux affections, sées dans le cœcum, avec une tumeur inflammatoire du tissu cellulaire fosse iliaque.

n'ai rien dit, dans ce qui précède, de l'*appendice iléo-cœcal*, dont les ons sont inconnues, et dont la perforation a été fréquemment observée. cident, qui est au moins aussi fréquent que les perforations du petit et du ntestin à la fois, surviendrait, dans la moitié des cas environ, par suite inflammation ulcérative chez les tuberculeux, suivant Leudet (*Arch. de* 1859, t. XIV). Les autres causes comprennent la fièvre typhoïde, les éruptives, et surtout la présence de corps étangers qui traversent l'in- ou qui s'y forment : matières fécales endurcies, résidus d'aliments non ables, noyaux de fruits, calculs biliaires ou intestinaux. Dans tous les s accidents subits de la péronite résultent de la perforation. La douleur au niveau de la fosse iliaque droite avant d'envahir l'abdomen. Cette stance et la soudaineté de l'invasion, chez des individus en apparence portants jusque-là, doivent suffire au diagnostic, suivant Volz (de he).

mort est ordinairement rapide (*Voy.* PERFORATIONS); mais elle a été retar- ns les faits dans lesquels, des adhérences s'étant établies, la rupture a i soit dans un espace limité du péritoine, soit dans le tissu cellulaire péritonéal, en produisant ainsi un abcès de la fosse iliaque droite. Bar- vu la perforation se faire à l'aide d'adhérences, dans l'artère iliaque e, et déterminer une hémorrhagie intestinale mortelle (*The Lancet*, 1853). es communications anomales ont été observées avec l'intestin grêle, le m, la vessie.

mi les commémoratifs, l'existence de coliques hépatiques antérieures ou constipation opiniâtre habituelle ne peuvent suffire pour faire admettre que use de la perforation est due à la présence, dans l'appendice cœcal, d'un l biliaire ou de matières fécales durcies. S'il s'agit d'un phthisique, il sera probable que la perforation est produite par une ulcération développée sous uence de la tuberculisation, qu'il y ait ou non des tubercules dans l'appen- L'existence d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre éruptive, au moment des dents, devra faire soupçonner qu'elles en sont l'origine. Une circonstance arquable, qui ressort de quarante-cinq observations réunies par Lewis (*New- k Journ.*, 1856), c'est que la moitié des cas environ concerne des indi- s âgés de moins de vingt ans.

ŒNURE. — *Voy.* FOIE.

ŒUR. — L'organe central de la circulation, dont j'ai indiqué ailleurs la ation physiologique (*Voy.* POITRINE), peut non-seulement augmenter de

volume, mais encore subir des déplacements plus ou moins considérables. refoulé en haut par les épanchements abondants du péricarde, ou par le vement du diaphragme résultant de la distension de la partie supérie l'abdomen. Il est repoussé à droite ou à gauche par des tumeurs volumi et, plus fréquemment, par des épanchements pleurétiques occupant le côt poitrine opposé à celui vers lequel se fait le refoulement. Dans ces diffé circonstances, on reconnaît le déplacement par la perception des battem des bruits du cœur dans la région qu'il occupe, soit au niveau ou à droite d num, soit plus ou moins en dehors du mamelon gauche, ou dans une régio élevée que la région précordiale, sans que ces anomalies puissent être attri à un développement considérable de l'organe, que l'on ne trouve pas d'a à sa place ordinaire.

Comme pour les autres organes, nous avons à considérer ici, d'une m générale : 1° les maladies du cœur; 2° les symptômes ou signes dont il est l ou l'origine; et 3° ses moyens d'exploration. Mais avant d'aborder ces que complexes, je dois rappeler qu'il faut que la théorie physiologique des m ments et des bruits du cœur soit bien connue de l'observateur appelé à s noncer tous les jours sur les modifications anomales que lui présentent ces vements et ces bruits au lit du malade. Aussi de nombreuses théories, celle de Laennec, avaient-elles été produites, lorsque Chauveau et Mare venus préciser, mathématiquement pour ainsi dire, la succession et les ra des divers mouvements et par suite des bruits du cœur. A l'aide d'un instr enregistreur, le cardiographe, que je n'ai pas à décrire ici, ils ont pu obte même temps trois tracés superposés et simultanés, *fig.* 18, représentant : tracé reproduisant les mouvements de l'oreillette; 2° un tracé pour ce ventricule; 3° un autre enfin pour le choc du cœur contre la poitrine.

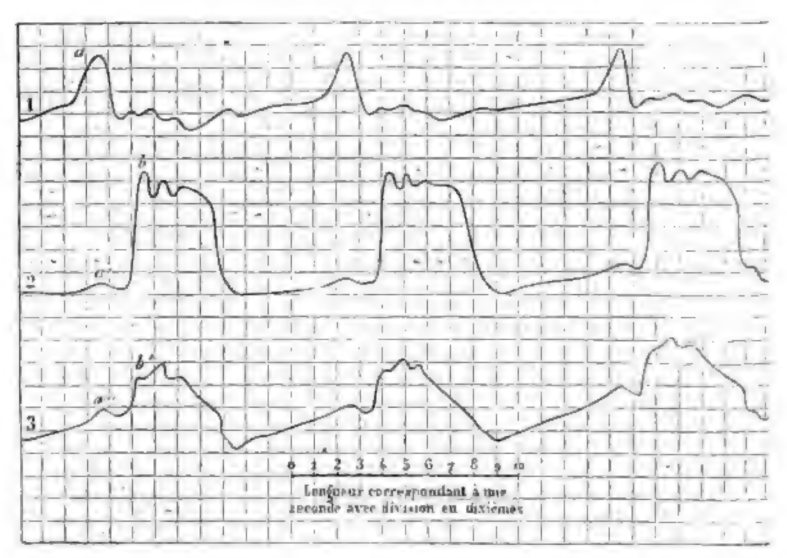


Fig. 18. — Rapports du choc précordial avec les mouvements intrinsèques du cœur (chez le c (J. Marey et Chauveau.)

Les plus grandes ondulations indiquent les mouvements de systole (asce et de diastole (descente). Il est clair, d'après ces tracés, que chaque évolut cœur se compose de la systole et de la diastole des oreillettes et des ventricu

comprend : 1° la contraction de l'oreillette (1 *a*), qui se fait très-faiblement ans le ventricule (2 *a'*) ; 2° la contraction du ventricule (2 *b*), qui succède de l'oreillette sans la continuer immédiatement ; 3° *en même temps* que ntraction du ventricule, le choc du cœur (3 *b'*), choc qui n'a pas lieu par ient comme phénomène isochrone de la contraction auriculaire, ainsi que it Beau. La *diastole*, qui succède à la systole, est une période de relâche- endant laquelle il y a d'abord irruption subite du sang dans l'oreillette veines caves ou pulmonaires au moment où cesse sa contraction, puis tion graduelle du sang des oreillettes dans les ventricules, jusqu'à ce que ction auriculaire recommence le mouvement systolique. Il est curieux de er, ainsi que l'a fait Luton, de Reims (*Nouv. Dict. de méd. et de chir.*, CULTATION), que l'on soit ainsi revenu à l'explication primitive d'Harvey. signifient les oscillations que présentent les lignes cardiographiques d'as- et de descente ? Suivant Marey, le soubresaut que l'on voit dans la figure , à l'origine de l'ascension systolique, serait produit (comme on l'a vu) par la contraction ou systole de l'oreillette ; le second soubresaut, près met, par l'oscillation des valvules auriculo-ventriculaires ; et enfin celui oduit à la fin de la ligne de descente serait dû à l'abaissement subit des sigmoïdes. — Une seconde question non moins importante que celle de n mo- œur est la *pro* n *des* e rap à cette . Le pre nit, ac-



Fig. 19. — Tracé obtenu avec l'appareil cardiographique.

ant l'impulsion ou le choc du cœur, coïncide évidemment avec la con- du ventricule, quelle que soit l'explication de sa production. Le second rapporté avec raison au redressement ou à la tension des valvules sig- comme l'ont signalé depuis longtemps Rouanet et Bouillaud.

ladies du cœur. — Lorsqu'il existe des symptômes ou des signes qui mer l'existence d'une affection du cœur et que je rappellerai plus loin, voir présent à l'esprit l'ensemble des maladies qui siégent au niveau de ne. Outre les *déplacements* dont j'ai parlé tout à l'heure, il y a d'abord RENCES du cœur, l'HYPERTROPHIE, l'ENDOCARDITE, les DILATATIONS géné- s CONCRÉTIONS SANGUINES ou polypeuses du cœur, et surtout les RÉTRÉ- NTS, INSUFFISANCES et INDURATIONS des orifices vasculaires. Ces affections être reconnues ou au moins soupçonnées pendant la vie ; mais parmi es maladies, il en est qui ne se manifestent que par des signes douteux, l'ATROPHIE du cœur, ses ANÉVRYSMES PARTIELS, sa TRANSFORMATION USE, ses RUPTURES, tandis qu'il en est d'autres qui sont complétement , comme l'*apoplexie* du cœur, les *abcès*, les *tubercules*, le *cancer*, les des, la *gangrène*. Dans cette dernière catégorie de lésions rentrent aussi dite, considérée indépendamment de l'endocardite et de la péricardite, es *ulcérations*, l'*induration* ou l'état cartilagineux des parois du cœur. ladies de cet organe, considérées en général, sont fréquemment une des tations de la diathèse rhumatismale. Chez les enfants surtout, cette ori- es maladies du cœur se rattachant à un rhumatisme articulaire aigu anté- est observée fréquemment. D'un autre côté, les affections cardiaques infan- e remarquent souvent aussi comme complication ou plutôt coïncidence de

la chorée, suivant H. Roger, qui explique le fait par la nature identique, essentiellement rhumatismale des deux affections (*Voy.* CHORÉE).

2° *Symptômes.* — On a admis, comme signes généraux ou rationnels des maladies du cœur : le décubitus avec la tête élevée, l'injection de la face, la cyanose, la bouffissure des paupières, le gonflement et les pulsations des veines jugulaires, la petitesse du pouls artériel, sa fréquence sans fièvre et souvent son irrégularité, le refroidissement des extrémités, l'œdème des membres inférieurs ou l'anasarque, le sentiment de pesanteur ou de douleur à la région précordiale, de la dyspnée, des palpitations, les congestions et les hémorrhagies viscérales, surtout celles du poumon.

Si, en abordant un malade, on constate cet ensemble de signes, ou plutôt un assez grand nombre d'entre eux, car il est rare de les rencontrer tous réunis, on soupçonnera aussitôt l'existence d'une affection cardiaque. Cette présomption se trouvera confirmée, si les antécédents apprennent qu'il existe, depuis un certain temps, de l'étouffement, des palpitations spontanées; et si, principalement chez un sujet encore jeune, ces troubles remontent à une affection aiguë grave antérieure, à un rhumatisme articulaire principalement, les probabilités d'une affection organique du cœur augmenteront; mais on n'arrivera à la conclusion diagnostique définitive que par l'examen plus complet du malade, et surtout par l'exploration de la région précordiale au moyen de la percussion et de l'auscultation. Les signes extérieurs que je viens de rappeler, en effet, n'indiquent rien autre chose qu'une gêne considérable ou un obstacle de la circulation, tandis que les signes physiques font déterminer la lésion qui peut exister.

Il peut arriver que le malade, avec quelques symptômes fonctionnels du côté du cœur, n'ait pas sa santé générale altérée sensiblement, et puisse vaquer à ses occupations pendant de longues années. C'est qu'alors il y a équilibre entre les résistances que le sang rencontre sur son passage et la force de contraction du cœur. Mais si au contraire cet équilibre cesse, parce que l'obstacle au cours du sang augmente, ou que la force contractile du cœur diminue, ou par les deux causes réunies, on voit apparaître l'ensemble des symptômes généraux que je viens de rappeler, principalement par le fait de la stase sanguine en amont de l'obstacle.

C'est sur ces faits que Beau a attiré particulièrement l'attention, en donnant la dénomination d'*asystolie* à l'ensemble des phénomènes qui résultent de cette stase sanguine, et en les expliquant par l'insuffisance de la contraction ou systole du cœur pour surmonter les obstacles au cours du sang (*Arch. gén. de méd.*, 1853, t. I, p. 15). Mais la constance de cette cause est loin d'être démontrée; et d'ailleurs cette cause, trop souvent hypothétique, n'est qu'une donnée du problème. Le mot asystolie, appliqué à l'ensemble des phénomènes d'enrayement au cours du sang, en donne donc une idée incomplète, en indiquant comme source principale une cause secondaire. Cependant, en mettant de côté les hypothèses, dont je n'ai pas à me préoccuper ici, le travail de Beau a eu l'avantage d'attirer l'attention du praticien sur des faits pratiques très importants, et dont plusieurs peuvent être encore l'objet de recherches cliniques d'un haut intérêt. Ces réflexions que je faisais en 1860 ont reçu une confirmation complète des belles recherches de Marey (*Physiol. de la circul. du sang*, 1863), qui a fait jouer aux vaisseaux et surtout aux capillaires un rôle important dans la circulation. Aussi Peter a-t-il récemment (*Union méd.*, 1868) fait remarquer avec raison que Beau avait attribué un rôle trop exclusif au cœur, pour l'ensemble des phénomènes qu'il a compris dans l'asystolie.

es phénomènes généraux n'ont qu'une importance secondaire comme signes maladies du cœur, relativement aux signes physiques que je rappellerai plus à propos de l'exploration. Cela se conçoit facilement, puisque ces signes [illegible] peuvent être insignifiants par leur petit nombre. Il n'en est aucun d'ail- s qui, par sa prédominance ou par son isolement, ne puisse en imposer r une maladie du cœur qui n'existe pas, comme je l'ai rappelé à propos de [illegible], de la DYSPEPSIE, de l'HYSTÉRIE, de la fièvre INTERMITTENTE *perni-* [illegible] (celle dite *cardialgique*). La confusion peut s'établir à propos des dou- s précordiales, des palpitations, de la dyspnée, de l'œdème ou anasar- de la cyanose, de la congestion consécutive du foie, de la congestion [illegible]aire, des hémorrhagies.

rappelant ces phénomènes, je signale implicitement les complications [illegible]aires des maladies du cœur, parmi lesquelles les *bronchites,* les *conges-* *pulmonaires* allant quelquefois jusqu'à *l'apoplexie du poumon* ou [illegible]*yxie,* la *congestion du foie* et les *épanchements* dans les séreuses, ent le premier rang. Il faut y joindre pourtant *l'état adynamique*, *l'albu-* *rie,* la *cirrhose* du foie, et des complications qui ne sont pas rares : la [illegible]*ène d'un membre,* qui survient, entre autres accidents graves, lors- fragment de caillot ou de concrétion plus solide, entraîné hors des cavités ur par le sang, va s'arrêter dans une artère de ce membre, et en provoque [illegible]ration; le *ramollissement du cerveau* lorsqu'il y a oblitération de la le ou des artères cérébrales; et enfin des *infarctus viscéraux* quand [illegible]lie s'arrête dans les artères qui se distribuent à l'organe affecté (*Voy.* IES artérielles).

léfinitive, les maladies du cœur, très-graves par elles-mêmes et par les cations qu'elles déterminent, ne peuvent être diagnostiquées par les [illegible]mes fonctionnels. C'est aux progrès de l'anatomie pathologique et à ceux science moderne des méthodes physiques d'exploration qu'il faut deman- moyens de constater pendant la vie l'existence des lésions du cœur, ne de déterminer leur siége précis dans telle ou telle autre partie de [illegible]e.

diagnostic anatomique est la base essentielle du diagnostic des maladies car- es ou des affections qui les simulent. Or, pour se reconnaître au milieu des [illegible]mènes morbides complexes qui en résultent, il faut toujours se demander e passent :

Dans les parois thoraciques de la région précordiale (névralgie dorso-inter- le); — *b.* Dans le péricarde (péricardite, épanchements du péricarde, rences); — *c.* Dans les parois ou l'épaisseur des cavités du cœur (hyper- ie, atrophie, dilatations, ruptures, etc.); — *d.* Dans l'endocarde ou les s valvulaires des orifices (endocardite, lésions valvulaires); — *e.* Dans le lui-même, modifié dans sa composition (anémie), ou coagulé dans les tés du cœur (concrétions ou polypes sanguins); — *f.* Enfin, par voie d'exclu- , on arrivera à admettre des troubles fonctionnels simplement nerveux.

e diagnostic anatomique ne peut se faire qu'à l'aide des moyens suivants :

Exploration et signes physiques. — L'exploration du cœur se fait prin- lement à l'aide de l'inspection, de la palpation, de la percussion et de [illegible]ultation. On a imaginé un instrument très-ingénieux, le *sphygmoscope* ou [illegible]*dioscope,* destiné à mesurer avec délicatesse l'étendue de l'impulsion du ur (Scott Alison, *The Lancet,* 1857). Mais, jusqu'à présent, c'est un moyen investigation n'offrant pas d'applications immédiates à la pratique habituelle. en est de même du *sphygmographe* de Marey, appliqué à la pointe du cœur,

ce qui est d'ailleurs assez difficile, de l'aveu de l'ingénieux physiologiste. Jus
présent la pratique n'en a retiré que le profit des connaissances scientifi
qu'il a fait obtenir.

L'*inspection* de la région précordiale y révèle souvent une voussure qui
fréquemment attribuée, et bien à tort, à l'hypertrophie cardiaque. Il faut q
ne tienne aucun compte des faits nombreux de saillies précordiales manife
que j'ai signalées chez les individus bien portants et exempts de toute scol
vertébrale apparente, pour donner la voussure comme un *excellent* signe
maladie du cœur. C'est une conséquence extrêmement rare de l'hypertro
ou de la dilatation cardiaque, et l'on risquerait souvent de commettre
erreur grave, si l'on concluait toujours du degré de la saillie précordiale à c
de la lésion (*Voy.* INSPECTION DE LA POITRINE). — L'inspection de la ré
précordiale constate encore les *battements visibles* du cœur, soit au nive
sa pointe, soit dans une étendue plus ou moins considérable de la région p
cordiale, qui peut être fortement soulevée à chaque impulsion du cœur,
que l'on puisse toujours en conclure qu'il y a nécessairement une lésion p
culière de l'organe (*Voy.* PALPITATIONS). Chez les individus très-amai
comme je l'ai plusieurs fois constaté dans la convalescence de la fièvre typho
on voit quelquefois, au niveau des espaces inter-cartilagineux, à gauche
sternum, l'*ondulation auriculo-ventriculaire* qui précède immédiatement
systole des ventricules, et qui est analogue, à la gauche du sternum, à celle
Béhier et d'autres observateurs ont signalée chez un homme atteint de scis
congénitale du sternum (*Arch. de méd.*, 1855, t. VI). Il n'y a rien de path
gique dans ces faits; mais ils servent à éclairer la séméiologie et ne doivent
être perdus de vue.

L'*application de la main*, ou la palpation, perçoit le degré d'*impul*
visible ou invisible du cœur, les *frôlements* et le *frémissement* dit *cat*
produits par la migration du sang à travers les rugosités morbides des voies
diaques, mais qu'il faut se garder de confondre avec les frottements de la P
CARDITE. La palpation fournit encore un signe dont on a recommandé l'im
tance, non sans raison : c'est la détermination du point des parois thoraci
où bat la pointe du cœur, et que l'on doit quelquefois chercher bien en de
du mamelon gauche, lorsque le volume du cœur est considérable, ou lors
est refoulé par un épanchement de la plèvre droite ou par une tumeur in
thoracique volumineuse.

La *percussion*, en faisant percevoir une *matité* plus ou moins étendue a
la forme du cœur, et non la disposition pyriforme de la matité d'un épanc
ment intra-péricardien, est un excellent moyen de diagnostic; cependant i
faut pas en exagérer l'importance outre mesure, la matité pouvant se rappo
non-seulement à l'hypertrophie, à la dilatation du cœur, mais à toute aug
tation de la masse cardiaque par des TUMEURS de diverse nature. La régul
de la forme de la matité, reproduisant la forme du cœur, peut éloigner l'i
d'une de ces dernières lésions.

L'*auscultation*, en faisant entendre les bruits anomaux qui accompagnen
qui transforment les bruits naturels du cœur, est le procédé d'exploration
rend le plus de services. Seulement il faut avoir soin, en l'employant, de re
mander au malade de retenir momentanément sa respiration, pour que les b
qui se passent dans les poumons ne viennent pas obscurcir ceux du cœu
qui arrive surtout lorsque cet organe est recouvert par le poumon. Cette der
circonstance, manifeste lorsque le murmure vésiculaire de la respiration
perçu superficiellement à la région précordiale en même temps que les b

du cœur, est elle-même un signe important dans plusieurs affections. Elle démontre que le cœur n'est pas augmenté de volume, du moins dans une forte proportion.

Quoi qu'il en soit, on peut établir d'une manière générale que, si l'on constate un frémissement vibratoire ou cataire plus ou moins rude, une impulsion exagérée du cœur, si l'on sent battre sa pointe dans une région plus éloignée en dehors et en bas que celle où il bat dans l'état normal; si, à l'auscultation, on constate un bruit de SOUFFLE plus ou moins rude, un bruit *musical*, ou de ...e, ou de *scie*, et qu'à ces signes se joignent les symptômes extérieurs précédemment rappelés, que le foie soit congestionné, que le pouls comme les battements du cœur soient altérés dans leur rhythme, il est certain qu'il existe une ...ction du cœur.

...s il est rare que ces signes, à la plupart desquels j'ai consacré des articles ...culiers où j'ai exposé leur signification, soient réunis sur le même sujet. ...ucoup peuvent manquer. Il arrive même quelquefois que des lésions pro...ées ne donnent lieu à aucun signe de quelque valeur, et, réciproquement, des signes de quelque valeur sont évidents, sans qu'il y ait de lésion no...e. Cela est malheureusement vrai même pour les signes physiques fournis par ...ultation. On comprend dès lors quelle méfiance la connaissance de ces ...ularités exceptionnelles doit donner au praticien, et combien il doit être ...vé dans son diagnostic. Sans doute ces faits ne sont pas ordinaires, cepen... ils n'en démontrent pas moins la nécessité de redoubler d'attention dans ...men des malades, et de bien étudier chaque signe dans ses particularités. ...rmi ces signes, le dédoublement des bruits, les souffles et leurs dérivés, ...esquels je reviendrai plus loin (bruits de râpe, de lime, de scie, bruits ...caux), sont de beaucoup les plus importants. Mais la manière la plus ...e de juger de la signification de ces bruits anomaux du cœur est de partir ... théorie erronée pour lui appliquer les faits observés. Les seuls résultats ...testables de l'observation sont ceux qui, partant de la constatation du ... pendant la vie, de sa concomitance avec l'un des deux bruits normaux du ..., ou des deux silences qui les séparent, ont été rapprochés des lésions ...miques. Ce contrôle d'une bonne observation pendant la vie par les faits ...mo-pathologiques fournit au praticien la base la plus inébranlable du dia...tic. C'est ce qu'ont montré les recherches pratiques de Hope, celles de Bouil..., de Barth et Roger, et de beaucoup d'autres observateurs. J'ai traité la ...tion à propos des SOUFFLES cardiaques, des RÉTRÉCISSEMENTS, des INSUFFI...ES et des INDURATIONS valvulaires du cœur; je n'y insisterai donc pas ici. ...dois seulement appeler l'attention sur la valeur générale des bruits ano...x qui se produisent en dehors du souffle.

Ainsi que Hope l'a fait remarquer, les bruits de *scie*, de *râpe*, de *lime*, et bruits *musicaux* (sifflement, roucoulement, miaulement), qu'il s'y joigne ou le *frémissement cataire*, n'indiquent pas des degrés différents des lésions ...ulaires du cœur, de même que leur rudesse n'est pas proportionnelle à ...duration et aux inégalités de ces lésions. Toutes les variétés que je viens ... rappeler, et qui sont des exagérations ou des modifications du bruit de ...ffle, se rencontrent avec toute espèce de lésions, comme le souffle simple; ...ement les insuffisances s'accompagnent le plus souvent d'un souffle doux et ...eux. Hope a fait aussi la très-juste remarque que les bruits les plus rudes, ... que ceux plus doux de reflux ou d'insuffisance, sont des signes certains de lésions *organiques* du cœur.

Dans cet aperçu général sur le cœur, j'ai utilisé les notions les plus positives

qui ont cours dans la science; il se complète par les nombreux articles aux-quels j'ai renvoyé dans le cours de celui-ci (*Voy.* aussi les mots POULS, PUL-SATIONS).

COLIQUES. — On ne comprend plus de nos jours sous cette dénomina-tion toutes les douleurs vives siégeant dans l'abdomen, et qui étaient, pour les anciens, autant d'états pathologiques différents. Tout en considérant la dou-leur comme un simple signe, on a conservé le mot *coliques* pour désigner des états morbides complexes dans lesquels, autour de la douleur, considérée comme phénomène dominant, viennent se grouper d'autres signes particuliers. C'est d'après l'ensemble des données séméiologiques rapprochées de leur cause connue ou présumée que sont formulées les espèces.

Les coliques *hépatique, néphrétique, nerveuse* comprenant la colique (*végétale* et celle dénommée *colique sèche des pays chauds*) sont les seules dont j'aie à m'occuper. Quant aux coliques *saturnine, utérine, hystérique, venteuse,* il est question de la première au mot INTOXICATION (saturnine); les autres ne méritent pas d'articles particuliers. La *colique utérine,* en effet, dépend de causes trop variées, pour être autre chose qu'une douleur utérine symptomatique; la colique *hystérique* n'est que la précédente, à laquelle s'ajou-tent des accidents hystériques d'un autre ordre, et enfin les coliques *venteuses* sont dues à la distension de l'intestin ou de l'estomac par des gaz. Ces dernières constituent un phénomène trop simple pour qu'on en fasse un état patholo-gique particulier, lorsque la douleur diminue ou cesse aussitôt que les gaz sont expulsés; il n'en est autrement que lorsqu'il y a rétention des gaz dans l'in-testin (*Voy.* PNEUMATOSES).

Je n'ai rien dit jusqu'ici de la *colique de cuivre* ni de la *colique de zinc;* cela se conçoit, puisqu'elles n'existent réellement pas. La première, en effet, reconnue pour être une simple entérite inoffensive, depuis que Chevallier (*Ac. des sciences,* 1840), Boys de Loury (*Annales d'hygiène,* 1850), et Pi Santa après eux, ont démontré qu'elle devait être rayée du cadre nosologique comme intoxication. — La colique de zinc, qui se compliquait, disait-on, d'accidents cérébraux et de paralysie, n'était due qu'au plomb qui pouvait être mélangé au premier de ces métaux, ainsi que l'a prouvé l'innocuité de la pré-paration en grand de l'oxyde de zinc.

I. **Colique hépatique.** — Une gêne plus ou moins douloureuse de l'hypochondre droit, la constipation, une teinte ictérique légère de la face, manifeste dans les urines, constituent parfois les prodromes de cette colique, qui, d'autres fois, débute subitement.

1° *Éléments du diagnostic.* — Dans tous les cas, l'accès de colique hépa-tique présente les éléments diagnostiques suivants : *douleur* plus ou moins *violente* siégeant au-dessous des fausses côtes droites, d'où elle s'irradie en divers sens et, dans certains cas, le long de l'uretère du même côté, exaspérée quelquefois à la pression, même la plus légère, au niveau du point malade, diminuée plus rarement par une large pression, et pouvant produire par son intensité une *agitation* extrême, de l'*anxiété*, des *vertiges*, du *délire*, des *convulsions*, ou une *syncope* prolongée ; assez souvent *ictère ;* sécheresse de la bouche et du pharynx, éructations, *nausées, vomissements* muqueux ou bilieux, distension de l'estomac par des gaz, *constipation*, *selles décolorées* comme du mastic, s'il y a arrêt du cours de la bile, ou *selles bilieuses et abondantes* dans le cas contraire ; *pouls calme ou lent*, peau sèche ; enfin, dans certains cas, *tuméfaction sensible de la vésicule* à la palpation et à la per-cussion, au-dessous du *rebord des fausses côtes.*

2° *Inductions diagnostiques.* — La douleur vive, les vomissements, l'ictère ... absence de fièvre, sont les principaux signes de la colique hépatique ; mais ...tère peut manquer si l'accès est court et suivi du passage du calcul dans ...testin, ou bien si le calcul occupe le canal cystique, les conduits hépatique ...holédoque restant libres pour le passage de la bile. Dans ces derniers cas, ... est de même de la décoloration des selles, qui n'a pas lieu non plus. ...cun symptôme pris à part n'est d'ailleurs pathognomonique, pas plus la dis...sion gazeuse de l'estomac, signalée comme caractère essentiel de la colique ...tique par Starck, que tout autre.

Il n'y a pas de données étiologiques assez spéciales pour éclairer le diagnostic, ...que l'on sache que les calculs (cause la plus ordinaire de la colique hépa...que) se remarquent principalement à une époque assez avancée de la vie, et ...-être de préférence chez les hommes sédentaires.

...rtains commémoratifs ont au contraire une grande importance : ce sont des ...ues antérieures, manifestement hépatiques par l'ictère concomitant et ...ulsion de calculs par les selles. — L'évolution des accidents peut aussi ...er le praticien, car la colique hépatique est caractérisée rarement par un ...accès ; ordinairement une attaque est constituée par plusieurs accès de ...eur qui se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés ; un inter... plus ou moins long, de dix années, par exemple, ainsi que je l'ai observé ... CHOLÉCYSTITE), peut exister entre les attaques. La cessation brusque de la ...ue, suivie d'un état de bien-être manifeste, doit faire penser que le calcul ...mbé dans l'intestin, et il est important de faire dès lors rechercher si les ...res fécales rendues, à partir de ce moment jusqu'à plusieurs jours de là, ...enferment pas la concrétion biliaire ; on devra le supposer dès que les ...res fécales, jusque-là décolorées, deviendront liquides et bilieuses dès ...les douleurs auront cessé.

...colique hépatique peut être confondue avec les autres *coliques* ou avec ...res affections, surtout dans les cas où l'ictère et la décoloration des selles ...défaut. — La *colique néphrétique*, lorsqu'elle occupe le côté droit, pour...ainsi être prise pour une colique hépatique dans laquelle il y aurait irra...on de la douleur le long de l'uretère droit. Mais, d'un autre côté, on aura, ...e motifs pour admettre la colique néphrétique, l'émission antérieure de ...ers plus ou moins volumineux par les urines, ayant coïncidé avec des dou... lombaires, et parfois avec une légère hématurie, la rétraction du testicule ...on l'existence de la fièvre, qui manquent dans la colique hépatique. — La ...que *saturnine*, par l'absence d'un ictère évident, et surtout par la connais...ce de la profession du malade, qui l'expose à absorber des sels de plomb, ...ourra être prise pour une colique hépatique sans une inattention grossière. ...uivant J. Frank, l'*empoisonnement par les poisons minéraux* se dis...ue de la colique hépatique par la continuité et l'abondance des vomissements, ...douleur générale du ventre, la présence du poison dans les matières évacuées ...par la simultanéité des accidents chez ceux qui ont mangé avec les malades. ...Certaines *occlusions intestinales*, celles qui ont lieu sans tumeur appré...ble, pourraient aussi faire croire à la même colique, d'autant mieux que la ...tension gazeuse de l'estomac signalée par Starck dans la colique hépatique ...rait simuler le ballonnement du ventre qui accompagne l'occlusion de ...testin. Mais, dans ce dernier cas, ce ballonnement est ordinairement trop ...ndu et trop prononcé pour qu'il puisse être attribué à la distension stoma...le ; et d'ailleurs il faut supposer, pour tomber dans l'erreur, que l'ictère ou ...vomissements stercoraux font défaut ; or, cela est rare pour l'ictère dans la

colique hépatique, et pour les vomissements stercoraux dans l'occlusion intes tinale. — La *péritonite par perforation* s'éloigne de la colique hépatique p des signes assez tranchés : par la douleur de ventre générale et habituelle excessive au moindre contact, par la fièvre, par la continuité et l'aggrava rapide des accidents, et enfin par l'absence de l'ictère.

La colique hépatique est si rarement le résultat de l'obstruction des ca biliaires par une autre cause que les calculs, par des ascarides, par exemple, l'on doit toujours songer à l'existence des calculs. On ne pourrait, en effet, soupçonner la pénétration d'ascarides de l'intestin dans les canaux biliair cas de colique hépatique, si l'individu atteint avait récemment expulsé de entozoaires, avant l'accès de colique, ou plutôt immédiatement après la ce des accidents douloureux, comme l'a vu le docteur Schloss (Bonfils, *Arch. méd.*, 1858, t. XI). Mais, dans les faits si rares de cette espèce, la cause colique ne serait jamais que supposée, car rien ne peut démontrer qu'alors il ait pas simultanément des calculs dans les voies biliaires et des ascarides l'intestin.

Quoi qu'il en soit, la colique hépatique étant admise, il est possible, ju un certain point, de préciser le *siége*, dans les voies biliaires, de l'obstacle la produit.

Si le calcul occupe le *canal hépatique*, a-t-on dit, il y a tout d'abord i douleur violente au rebord des fausses côtes droites, vomissements et, certains cas, péritonite suraiguë si le canal se rompt et laisse tomber le ca dans le péritoine. — Lorsque le calcul est passé de la vésicule *dans le ca cystique*, la bile continuant à fluer dans l'intestin par les canaux hépatiq cholédoque restés libres, il peut n'y avoir ni ictère ni décoloration des mati fécales ; mais on peut constater la rétention de la bile dans la vésicule, résulte la distension de ce réservoir, sensible à la palpation et à la percu (*Voy.* RÉTENTION [de la bile). — Enfin, si le calcul occupe le *canal ch doque*, on observe les signes les plus complets de la colique hépatique; n'ai-je pas à insister sur ce point.

Les attaques de colique hépatique sont parfois accompagnées ou suivies de c *plications* diverses. Ces complications contribuent, dans certains cas, à é rer le diagnostic de l'attaque, et réciproquement. Il me suffira de rappel *cholécystite*, la *rétention de la bile* dans la vésicule, l'*hépatite* aiguë ou c nique, la *péritonite* par rupture des voies biliaires, et, comme phéno dus au passage du calcul dans l'intestin, sa pénétration dans l'appendice cæcal qu'il peut perforer (péritonite suraiguë), et l'*occlusion intestinale* un gros calcul ou de nombreuses concrétions biliaires accumulées.

A la suite de la colique hépatique, il peut persister une douleur locale so qui tient à des causes différentes, mais surtout à la présence, dans les biliaires, d'autres calculs que celui qui a occasionné les accidents réce observés. De l'arrêt du calcul dans le canal qu'il a parcouru peuvent ré des attaques de colique hépatique très-prolongées, des dérangements conti des fonctions digestives, de la tristesse, et un dépérissement prononcé. particularités doivent être présentes à l'esprit de l'observateur.

3° *Pronostic.* — Le pronostic de la colique hépatique est le plus so favorable, à moins de complications.

II. **Colique néphrétique.** — La colique néphrétique est produite p présence d'un corps étranger à l'origine ou dans le trajet de l'uretère distend.

1° *Éléments du diagnostic.* — Le caractère symptomatique principal d

ique néphrétique consiste en une *douleur* devenant plus ou moins rapide- nt aiguë, pongitive, avec des battements et des élancements dans la région pée par un des reins ou par les deux. Cette douleur se prolonge, *suivant trajet de l'uretère*, jusque dans la *vessie*, dans l'*aine*, dans la *cuisse* corres- dante qui est comme engourdie, quelquefois raide ou tremblante, et, chez mme, jusqu'au *testicule*, qui est *rétracté* douloureusement vers l'anneau. grands mouvements du diaphragme, l'éternument et, dans la plupart des la pression exercée sur la région rénale exaspèrent la douleur, qui est sou- déchirante, provoque des gémissements, et produit une anxiété et une agi- extrêmes. Il y a parfois *anurie* complète, et, le plus ordinairement, rie avec ténesme, et émission d'*urine* tantôt rare, rouge, épaisse, sangui- te, tantôt claire, aqueuse, abondante, parfois contenant des graviers ou du orsqu'il y a pyélite). Il survient aussi du *hoquet*, des *nausées*, des *vomi- ons* ou des *vomissements*, et un ensemble de signes plus ou moins qui peuvent résulter de la violence de la douleur.

nductions diagnostiques. — La violence de la douleur, son invasion le, son siége, son extension à la vessie, à la cuisse correspondante, et la ion du testicule du même côté, font de cette douleur seule, lorsqu'elle te l'ensemble des caractères que je viens de rappeler, un signe pathogno- ie de la colique néphrétique. Malheureusement elle ne se présente pas s avec un ensemble aussi complet, et alors il faut attacher plus d'impor- ux autres éléments du diagnostic.

commémoratifs ont une grande valeur lorsqu'ils apprennent que le malade n précédemment des graviers avec les urines, des vers rénaux (*acéphalo- strongle géant*), et s'il y a eu récemment une hématurie assez abondante ue des caillots en viennent à distendre l'uretère dans leur migration vers ie. On devra aussi s'enquérir des causes occasionnelles qui peuvent avoir ué la colique néphrétique, due le plus souvent au déplacement d'un par un *effort*, un *mouvement brusque*, par le *cahot d'une voiture* : stances dont la connaissance vient corroborer le diagnostic porté. — La e *rapide* des accidents observés, leur *intermittence*, leur *courte durée*, ut être de quelques heures, et rarement de plus d'un ou de deux jours, ssation brusque assez souvent, sont encore des éléments de diagnostic l faut tenir compte.

indiqué plus haut, à propos de la colique hépatique, avec laquelle on it quelquefois confondre la colique néphrétique, les caractères diffé- s de ces deux états pathologiques. Il ne me paraît pas utile d'indiquer fférences symptomatiques qui existent entre la NÉPHRITE et la colique étique, vu les caractères tranchés qui séparent ces deux affections.

e fois la colique néphrétique reconnue, il faut encore déterminer sa cause mique, son siége, et les complications qui peuvent exister.

nt à la *cause anatomique*, elle est presque toujours la présence d'un l dans les voies urinaires supérieures, soit que ce calcul les irrite et les e par ses aspérités, soit qu'il distende douloureusement l'uretère, dont libre est insuffisant pour lui donner facilement passage, ce qu'il est urs impossible d'établir au lit du malade. La fréquence de cette cause est qu'il faut d'abord la supposer, puis l'admettre comme prouvée si le malade senté antérieurement des signes de *gravelle* ; on ne la rejettera que dans s où la présence des *acéphalocystes* et des *strongles* dans les voies ires se serait révélée par l'expulsion préalable de ces helminthes dans les s. — Si la colique est due à un *caillot* qui distend les voies urinaires

supérieures à la vessie, condition d'ailleurs très-rare, il y aura d'abord en hémorrhagie plus ou moins abondante, qu'il ne faut pas confondre avec l'hé turie légère qui accompagne la présence des calculs, et, de plus, on p constater l'absence de tout accident antérieur de gravelle.

Le *siége* occupé par le corps étranger qui provoque la colique néphréti ordinairement d'un seul côté, peut-il être déterminé? Jusqu'en ces der temps, on était porté à penser que la cessation brusque de la douleur et accidents concomitants annonçait la chute du calcul dans la vessie. Mais Gi dans un travail nouveau sur l'uretère (*Union méd.*, 1856), a démontré q partie moyenne de ce canal, que l'on croyait cylindrique, présente un renfle fusiforme constant; on conçoit donc très-bien qu'un calcul engagé da partie supérieure rétrécie, que Gigon appelle *col uretérique*, puisse se tr dégagé dans la cavité fusiforme moyenne de l'uretère, et que les acci cessent sans que le calcul ait gagné la vessie. Il peut même provoquer plus une nouvelle colique en s'engageant dans la terminaison plus étroite de l' tère. Ces alternatives de rétrécissement et de dilatation, qui existent partiellement dans les deux portions rétrécies signalées par Gigon, peuvent expliquer, dans certains cas où un fort gravier chemine dans l'uretère, les i mittences de la douleur toutes les fois que la concrétion gagne une po renflée du conduit? Mais de pareilles intermittences existent aussi da colique hépatique, et cependant les conduits biliaires n'offrent pas la condition.

Les *complications* se reconnaissent : la *pyélite*, à la présence du muco ou du pus dans l'urine; la *rétention de l'urine et du pus* dans le rein, tumeur que le liquide accumulé forme au niveau de cet organe.

3° *Pronostic.* — La gravité du pronostic de la colique néphrétique est s donnée aux différentes particularités de cet accident pathologique. Il est favorable évidemment : si le corps étranger qui obstrue les cavités supéri des voies urinaires est susceptible d'être entièrement expulsé avec l' comme les caillots sanguins, les vers rénaux, les graviers de dimensions santes pour traverser les uretères; et si ces graviers ne présentent pas d' rités aiguës capables de déchirer la muqueuse des conduits. Le pronosti très-grave, au contraire, si la colique néphrétique a déjà récidivé souvent le même sujet, ce qui annonce que le corps obstruant est trop volumine dans une disposition telle qu'il ne peut être expulsé au dehors, et ce qui faire craindre, si elles n'existent pas déjà, les complications graves que calculs rénaux peuvent produire.

III. **Coliques nerveuses.** — Longtemps on a décrit comme des mal différentes un certain nombre d'affections qui doivent être réunies sous même dénomination, celle de *coliques nerveuses*. Valleix a rangé sous ce les coliques dites d'*Espagne*, de *Madrid*, du *Poitou*, de *Devonshire* *Cayenne*, de *Surinam*, et les affections appelées colique *végétale*, co *nerveuse*, *névralgie du grand sympathique*, *gastro-entéralgie rhum male* des marins (Langevin), colique *névro-gastrique* (Baudry), coliques s (Mauduyt), etc. Mais il ne faut pas oublier que trois affections différent dehors du *béribéri* et du *barbiers*, se trouvent comprises parmi les faits d et observés par les auteurs sous ces différents noms : ce sont la colique sa *nine*, la colique *végétale* et la colique *nerveuse endémique des pays ch* Je n'ai à m'occuper que des deux dernières.

A. Colique végétale. — On a décrit sous ce nom une colique caracté par des douleurs abdominales plus ou moins violentes, que l'on a attribué

vins, à des cidres, ou à des fruits acerbes. Depuis que l'on a signalé la simi-
de des symptômes de la colique de plomb et de la colique sèche des pays
ds, et que, d'un autre côté, on a signalé la sophistication fréquente des vins
u cidre par la litharge, on a rayé du cadre nosologique de la plupart de nos
és de pathologie la colique végétale proprement dite, comme n'existant pas.
est une erreur que je ne saurais partager. En province, on est appelé quel-
is à donner des soins pour des coliques dues à l'ingestion d'une certaine
ité de pommes vertes ou de petites prunes sauvages, coliques cédant assez
ptement à l'usage d'une boisson aromatique. Cette affection passagère doit
nsidérée sans doute comme une variété d'entéralgie; mais sa cause toute
le doit lui faire occuper une place à part. Elle est d'ailleurs essentiel-
t différente de l'affection suivante.

OLIQUE SÈCHE OU NERVEUSE ENDÉMIQUE DES PAYS CHAUDS. — Cette maladie
t-elle réellement? ou bien n'est-elle qu'une manifestation, soit de
cation saturnine, soit de l'intoxication paludéenne? Telle est la question
se débattue depuis longtemps entre les chirurgiens de la marine. Comme
morbide spéciale et endémique dans les pays chauds, et notamment sur
occidentale d'Afrique, elle a perdu presque toute son importance depuis
cation de la première édition de cet ouvrage, et cela au profit de l'intoxi-
saturnine, dont les faits, qualifiés improprement de coliques sèches, se
lement multipliés, qu'il semble qu'il ne reste plus de place pour cette
e affection.

it capital qui domine l'étude pratique de la colique sèche dite des pays
c'est la similitude absolue des symptômes et des complications de la
avec les symptômes et les complications de la colique saturnine ou,
eux dire, de l'intoxication saturnine (*Voy.* ces mots). Fonssagrives ainsi
autres observateurs qui ont considéré la colique sèche comme une
orbide spéciale ont constaté cette similitude de phénomènes et ne sont
qu'à des différences insignifiantes de fréquence pour tel ou tel symptôme.
que avec ses caractères de douleur intense, avec vomissements, consti-
liseré gingival ardoisé, puis les paralysies spéciales, et l'encéphalopathie
s modalités diverses, sont communes aux deux affections, dont l'évolu-
également semblable de part et d'autre. Cela étant admis, l'étiologie
la question; aussi a-t-elle été le sujet des plus nombreuses con-
s.

olique sèche a été considérée d'abord comme endémique dans les pays
Mais des recherches ultérieures faites depuis la publication du livre de
, qui a considéré la maladie comme une simple intoxication satur-
858), ont démontré que cette endémicité n'était qu'apparente et qu'elle
chait simplement à la présence des vaisseaux français dans les parages
lique sèche était observée. A la suite du rapport de Lefèvre à l'Amirauté
, des mesures sérieuses furent prescrites pour éviter, sur les navires de
l'intoxication plombique attribuée avec raison : 1° aux cuisines distilla-
avec tuyaux en plomb; 2° aux charniers ou réservoirs d'eau, à siphons
e métal, et contenant de l'eau acidulée; 3° aux vases et ustensiles en
alliage à trop bas titre); 4° au mauvais choix des alliages employés à
ge des vases culinaires; 5° enfin aux mastics, peintures et enduits plombi-
largement employés sur les navires. Il résulta de ces mesures sanitaires
curieux et important. Les navires partis de France avant l'adoption de
ures, se trouvant en station (de 1859 à 1861) sur les côtes occidentales
e avec d'autres navires soumis avec soin aux réformes prescrites dans le

but d'éviter l'intoxication, ceux-ci furent à peu près exempts de coliques sèch
tandis que des cas relativement nombreux (quarante-cinq) se montrèrent p
les équipages des premiers. Précédemment (1856 à 1859), Buisson se trouv
en station dans ces mêmes parages sur un navire à voiles sans cuisine ou a
reil distillatoire, ni charniers à siphons de plomb, n'eut à enregistrer qu
cas de coliques produites évidemment par l'usage de vases dont l'
contenait 36 à 40 pour 100 de plomb. Que devient ici l'endémicité? Contre
endémicité, on a fait aussi la remarque que les navires anglais, quoiqu
les mêmes conditions d'aménagement que les navires français, étaient à peu
exempts de coliques sèches. On a attribué cette immunité bien connue à ce
les marins anglais ne font pas usage de vin. Or, le vin dissout avec la plus gr
facilité des sels de plomb (par l'acide acétique qu'il contient), comm
démontré Archambault (*Soc. des hôp.*, 1864), et son usage favorise ainsi
toxication chez les marins de France. L'intoxication est constante au d
Lefèvre (*Etiologie saturnine de la colique sèche*, *Arch. de méd. nav.*, 1
ainsi qu'à Fournier et à d'autres médecins de la marine. D'autres, tout en a
tant qu'il y a des intoxications par le plomb, soutiennent encore l'entité
colique sèche, qui paraît difficile à admettre après le dernier travail de Le
Ils en font une manifestation de l'intoxication palustre, comme l'avait s
Fonssagrives il y a quelques années (*Union méd.*, 1856). Petit a insisté sur
cause (*Rev. marit. et colon.*, 1861), ainsi que Vidal (*Th. de Montp.*, 1
Petit reconnaît qu'il y a quelquefois intoxication par les sels de plomb,
surtout et en plus grand nombre des coliques sèches par infection miasmati
qui constitueraient une névralgie par refroidissement. On a objecté avec rai
cette manière de voir les relevés statistiques faits par Cerf-Mayer (185
Poiret (1862) à la Guyane, ainsi que ceux de Josson (1864), d'où il résult
la colique sèche est un fait exceptionnel au milieu d'un très-grand nombre
toxications miasmatiques (Lefèvre, *loc. cit.*). La variété et l'importance des
ments, dont je n'ai rappelé ici qu'un petit nombre, semblent donc dém
que l'on doit désormais confondre la colique sèche avec la colique satur
et que, si l'on prouve l'existence d'accidents palustres ressemblant à la co
sèche, ce ne peut être, comme Petit l'a avancé, qu'une névralgie qui n'
commun avec la colique dite sèche ou saturnine que la douleur intense qui
au niveau de l'abdomen.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, je m'en tiens à ce simple ex
que j'ai dû faire au point de vue du diagnostic d'une maladie qui a été
longtemps confondue avec l'INTOXICATION SATURNINE. (Au point de vue
coliques en général, voyez aussi PNEUMATOSES.)

COLITE. — Il n'est possible de distinguer la colite ou inflammati
côlon de l'entérite de l'intestin grêle que dans des cas exceptionnels d
été question à propos de l'ENTÉRITE. Quant à la DYSSENTERIE, c'est une
tion que l'on ne peut considérer comme une simple colite, ainsi que l'o
quelques auteurs.

COLLAPSUS. — *Voy.* ADYNAMIE.

COLLISION (Bruit ou sensation de). — Le bruit de collision, perç
simple audition ou par l'intermédiaire du stéthoscope, provient du frott
réciproque de *calculs* accumulés dans la vésicule biliaire, lorsqu'il se pr
sous les fausses côtes droites (*Voy.* BILIAIRES [Voies). Il a été perçu
fosse iliaque du même côté, par suite d'une accumulation de *noyaux de* cer
dans l'intestin. Il y a encore collision d'air et de liquide dans le bruit de
(succussion), et pendant la production des râles. Le malade a quelquefois co

...nce de la production de ces collisions diverses, de même que le médecin ...t en avoir la sensation par l'application de la main ou la palpation.

CÔLON. — Le gros intestin, ou côlon, occupe, chez l'homme sain, les deux ...ties latérales et la partie supérieure de l'abdomen, en circonscrivant l'intestin ...le, qui en occupe le centre. Dans l'état pathologique, le côlon ascendant ou ...cendant, mais surtout le transverse, subissent des déplacements plus ou ...s considérables, soit par suite d'un refoulement, soit par le relâchement ...mésocôlon, soit enfin par la distension de la cavité du côlon par des gaz, ...nsion qui peut être telle que le gros intestin soit presque seul en rapport ...les parois abdominales antérieures.

...s *obstructions intestinales*, la *rétention des matières fécales* dans le ..., l'*inflammation chronique* de sa muqueuse, la *dysenterie*, le *cancer*, ...n la *dilatation* du côlon, son *rétrécissement* ou sa *perforation*, comme ...tous les organes creux, sont les affections que l'on y rencontre.

...ls sont, dans ces différents états pathologiques, les signes qui indiquent ...est le côlon qui est affecté, et non l'intestin grêle? En dehors de la dys...ie, dont la localisation anatomique dans le côlon ne laisse aucun doute, ...tres états pathologiques où le gros instestin est affecté ne présentent rien ...cial, soit pour la *douleur*, soit pour les troubles fonctionnels. La diarrhée, ...emple, peut exister dans l'inflammation du petit comme du gros intestin. ...r a pas de diarrhée, les excrétions intestinales présentent cependant quel...s des caractères tels, que l'on doit supposer la lésion dans le gros intestin. ...insi que, lorsque du pus ou du sang se sont écoulés par l'anus, et qu'ils ... bientôt suivis de matières fécales moulées et exemptes de ces produits ...les, on doit admettre que la lésion occupe les dernières portions du ... si elle ne siége pas au rectum.

...dehors de cette particularité diagnostique, l'inspection du ventre, la pal...et la percussion peuvent amener à établir d'une manière précise la lésion ...s intestin, sinon dans tous les cas, du moins dans un bon nombre. C'est ...arrive lorsque les signes fournis par ces moyens d'investigation sont loca...uivant le trajet, et par conséquent au niveau des côlons ascendant, trans...t descendant. On constate alors, dans la direction que je viens d'indiquer : ...*vue*, une tuméfaction du ventre; à la *palpation*, une résistance plus ou ...prononcée, inégale, comme dans l'ENGOUEMENT stercoral; à la *percus*...une matité ou une exagération du son. En dehors de ces signes, la locali..., dans le côlon, de l'état pathologique observé, ne peut s'établir que ...ensemble des données diagnostiques qui se rapportent à la maladie ...ite.

...LORATIONS ANOMALES. — Les organes visibles, et la peau en ...lier, présentent des modifications de couleur très-diverses, qui souvent ...t immédiatement l'attention du médecin, et servent de point de départ à ...ductions diagnostiques.

...ique ces colorations anomales aient quelquefois une grande valeur comme ..., je ne crois pas devoir en faire une étude détaillée. Les unes, en effet, ...elativement peu d'importance; les autres ont été décrites à propos des ...ies de la peau (MACULES) et d'autres affections auxquelles elles se rappor...ou bien ces colorations se montrent au niveau de certains organes acces... à la vue, et j'en ai parlé à propos de chacun d'eux; ou enfin au niveau de ...es EXCRÉTÉES par d'autres voies que la peau.

...dehors de ces exceptions nombreuses, la peau présente des colorations ...des qui sont générales ou partielles. Les premières sont d'observation vul-

gaire, comme les *rougeurs* dues à la CONGESTION cutanée, la *pâleur* annon l'anémie locale ou générale, l'ICTÈRE et ses variétés. La coloration *ardoisé* tout le tégument par suite de l'ingestion prolongée du *nitrate d'argent* est rare, mais facilement rapportée à son origine par l'interrogatoire. Cette col tion d'abord bleuâtre, puis bronzée, est plus intense aux endroits où la pe fine et plus exposée à la lumière, comme à la face et aux mains. L'usage longé de l'arséniate de soude à l'intérieur, ainsi que l'a signalé De (*Traité prat. des mal. de la peau*, 3e édit., p. 753), donne à la pea coloration fauve. J'ai vu ce médicament administré par moi à une dame d'Afrique et atteinte de fièvres intermittentes rebelles présenter en que jours des taches bistrées ressemblant au psoriasis, mais qui, vues à la montraient une surface légèrement grenue avec un liséré d'épiderme déchi s'insérant au pourtour, et qu'on pouvait prendre à l'œil nu pour des sq de psoriasis. — Une *coloration bleue* des ongles a suivi quelquefois l'adm tration interne de l'indigo (Bazin).

Les colorations partielles et accidentelles en dehors des affections cuta proprement dites sont peu nombreuses. Elles comprennent : d'abord la *cou rosée* que présente quelquefois la peau au niveau des articulations attein rhumatisme, au niveau des plaques d'*érythème noueux*, ou des lymphati enflammés (*angioleucite*) ; les plaques rouges de congestion des joues da affections thoraciques; les congestions plus étendues produites par les *oblit tions vasculaires ;* la teinte jaunâtre du pourtour du nez et des lèvres l'*état* dit *bilieux;* celle plus franchement jaune, qui succède à des *ecchym* partielles et, aux membres inférieurs, à la résolution de l'érythème noueux je viens de rappeler. Outre ces colorations transitoires, auxquelles on ajouter la coloration ardoisée ou bleuâtre de la CYANOSE, il en est qui sont longtemps persistantes : telles sont la teinte comme enfumée de la peau BRONZÉE, et celle d'une couleur noirâtre, brunâtre ou bleu foncé, qui résu l'exsudation pigmentaire caractérisant la CHROMHYDROSE, et occupant princi ment les paupières. Cette dernière coloration se distingue de toutes les a par la facilité que l'on a d'enlever, pour un certain temps, la matière color en frottant la peau avec un linge imbibé d'huile. Enfin nous terminerons en pelant les taches brunes ou noirâtres que fait apparaître, dans diverses par du corps, un bain sulfureux pris par un individu qui a manié ou absorbé préparations de plomb. Il n'est pas toujours possible de décider si ces ta sont dues à un simple dépôt moléculaire de sel plombique à la surface corps, ou, comme l'admet Chatin (*Thèse*, 1844), à la perspiration élimina d'une préparation saturnine qui a pénétré l'économie.

COMA. — 1° En considérant ce symptôme comme un assoupissement m bide plus ou moins profond, il est difficile de le distinguer, à son degré le faible, de la somnolence, dont il n'est que l'exagération. Les variétés de fo que présente le coma n'offrent dans la pratique que peu d'importance. annonce souvent un état grave; aussi, dès qu'il est constaté, doit-on recherc son origine, s'il ne survient pas comme accident prévu dans le cours d'u maladie que l'on observe.

2° La recherche des *conditions pathologiques* auxquelles se rattache coma n'est pas toujours facile. Il faut en chercher le point de départ dans affection encéphalique, ou dans une maladie non localisée dans l'encéph Cependant, malgré la diversité de son origine, on a reconnu, dans la plupart des constatations cadavériques, que sa cause anatomique était le plus souvent une compression de la pulpe cérébrale par un épanchement sanguin ou séreux,

s séreuses, ou une simple congestion. Plus rarement il n'a existé n apparente.

tion cérébrale, l'*hémorrhagie* cérébrale ou arachnoïdienne, l'*encé-méningites* et l'*hydrocéphalie aiguë*, sont les affections intra-spontanées qui s'accompagnent de coma. Tantôt il a lieu dès le aladies, comme par le fait de la congestion et des hémorrhagies antôt dans leur cours, dans la méningite ou dans les suffusions anguines, par exemple. Le diagnostic tire parti de ce mode d'inva-graduel du coma; mais, pour en déterminer la condition patholo-il est graduel, on doit tenir compte de l'ensemble des symptômes, a maladie préexistante, dont le coma n'est qu'un épiphénomène ou plus ou moins tardif.

ne accident prévu ou dont l'invasion est à redouter, que le coma s les fièvres graves, dans l'*affection typhoïde*, les fièvres *érup-*lans l'*ictère grave*, la *morve aiguë* (où le coma alterne avec le in de la fièvre puerpérale, dans le *rhumatisme articulaire aigu* dit alors cérébral), et comme accident ultime d'une foule de coma constitue le signe caractéristique de la *fièvre pernicieuse* le la forme comateuse de l'*encéphalopathie saturnine*, ou de la *Bright*.

ifférentes conditions, l'obscurité du diagnostic peut provenir de bserve d'emblée le malade dans l'état comateux, sans avoir suivi it la maladie, et surtout si l'on est privé de renseignements anté-eut arriver pour le coma qui suit l'*épilepsie*, si les lèvres ne sont de bave mousseuse, pour celui de l'*hystérie*, pour le coma de *hyxies*, pour l'*ivresse* comateuse, si l'individu n'exhale pas l'odeur es boissons spiritueuses, et enfin pour le coma du *narcotis*, si ne vient mettre sur la voix du diagnostic.

combien est variée la *signification* du coma, signification qui res-mble des phénomènes concomitants et antérieurs, plutôt que des opres de ce symptôme. Il est d'autant plus grave que la modifica-éphale est plus profonde. Lorsqu'il est dû à une simple congestion, certaines maladies fébriles, le coma ne constitue souvent qu'un ager.

MORATIFS. — *Voy.* Examen des malades.

NICATIONS MORBIDES. — Tous les organes creux de outes les cavités accidentelles qui s'établissent ou se creusent au is, sont exposés à subir des communications morbides, soit entre l'extérieur. Ces phénomènes accidentels, ou plutôt ces complica-ladies, se rattachent à des états pathologiques extrêmement variés. se de la communication morbide soit une *déchirure*, une ulcéra-sive, un *kyste* ou une *tumeur ramollie*, un abcès, un anévrysme, ion de liquide dans ses voies naturelles; qu'il résulte de cette on morbide le passage d'un gaz, d'un liquide ou d'un corps solide, creux ou d'une cavité, dans un autre organe ou dans une autre ème directement à l'extérieur du corps : c'est toujours par perfo-uptine que cette communication morbide s'effectue. Je n'ai donc r à ces deux derniers mots pour le diagnostic des phénomènes d'in-phénomènes consécutifs des communications inter-organiques.

hors de ces communications morbides accidentelles, il en est de , parmi lesquelles je dois rappeler spécialement celles du cœur.

Le diagnostic de la persistance du *trou de Botal* est-il possible pend vie? Bizot a constaté assez fréquemment cette communication persistante les deux oreillettes chez des individus de tout âge, et sans qu'il en soit r aucun symptôme particulier (*Mém. de la Soc. d'observ.*, t. I). Il en a même de J. W. Ogle, qui l'a trouvée treize fois sur soixante-deux cadavres p hasard (*Journ. de Physiol.*, 1859). Le défaut de symptômes provenait de l libre entre la circulation des deux sangs artériel et veineux, qui a été signalé Louis (*Mém. et rech. anat. path.*, Paris, 1826). On ne saurait donc, co on le faisait avant lui, considérer la *cyanose* comme le signe pathognomoni de la persistance du trou ovale; et lorsque ce signe existe, et que les mal présentent en même temps des lipothymies, la sensibilité au froid et l'éto ment, il n'en résulte que l'ensemble des phénomènes généraux des maladie cœur. Le seul symptôme, suivant le docteur Louis, qui pourrait annoncer d' manière sûre la communication dont il s'agit, serait une *suffocation* plu moins considérable, qui reviendrait par accès souvent périodiques et touj très-fréquents, accompagnés ou suivis de lipothymies, avec ou sans colora bleue de tout le corps, et provoqués par les moindres causes. Ces signes malheureusement loin d'être habituels.

Une coïncidence que Louis a signalée dans plus de la moitié des cas de sistance du trou de Botal, c'est le rétrécissement de l'artère pulmonaire. cock a confirmé ce fait en étudiant les affections congénitales du cœur (ARTÈRES, p. 88). Si donc on pouvait constater l'existence du rétrécissemen l'artère pulmonaire, il y aurait de grandes probabilités pour la persistanc trou ovale. Mais ce rétrécissement est d'un diagnostic extrêmement diff sinon impossible. Cependant Deguise (*Thèse*, 1843) rapporte que Boule annoncé en percevant, à l'auscultation d'un malade, un souffle qui se pr geait de *droite à gauche* à la base du cœur. Il est clair que ce n'était qu exception.

CONCRÉTIONS SANGUINES DU CŒUR (POLYPES SANGUINS, (LOTS FIBRINEUX DU CŒUR). — Malgré les travaux modernes, et en partic ceux de Legroux et Bouillaud, le diagnostic des concrétions fibrineuses ou | piformes du cœur est entouré d'obscurités. Dans des faits assez nombreux concrétions se forment d'une manière latente. Dans les autres, on ne peut c soupçonner l'existence lorsque, dans le cours d'une maladie du cœur ou c affection fébrile, spécialement rhumatismale ou pulmonaire, ou dans le (d'une maladie cachectique, on voit très-rapidement survenir une *oppres considérable*, une *vive anxiété,* parfois des *lipothymies,* en même temps les battements du cœur, jusque-là réguliers, deviennent tellement *obs tumultueux et confus* qu'on ne peut les analyser (Laennec, Legroux) *bruit de souffle* simple ou sibilant au premier ou aux deux temps (Bouill un *pouls à peine sensible*, *des congestions veineuses*, le *refroidissemen extrémités*. Dans des cas rares, il pourrait survenir une *gangrène spont* du pied ou de la main, qui résulterait d'une oblitération artérielle (*Voy.* E LIES).

Dans un Mémoire inséré dans la *Gazette hebdomadaire* (1856), Leg insista surtout sur la *brusque invasion* des accidents dans les conditions pelées plus haut, sur l'apparition des *oblitérations vasculaires* que je vie rappeler, et sur la production, trop rapide pour être attribuée à une défo tion valvulaire, d'un *bruit anomal* intense, souvent propagé dans les vaiss Quant à l'*obscurité* des bruits du cœur, admise comme signe par Legroux sa thèse inaugurale, il ne lui attribua plus la même valeur séméiologique q

lans le tégument externe, dans les autres parties molles extérieures, scères, ou enfin dans le squelette; 2° des défauts de symétrie ou *asy-ntre* des parties similaires du corps, comme les deux côtés de la poitrine, de l'abdomen, les deux membres supérieurs ou inférieurs, ont visibles que par comparaison des deux côtés; c'est ce que j'ai pour la poitrine des *hétéromorphies*, terme que l'on pourrait appli-érenment à toutes les autres régions. La conformation est une des incipales des éléments diagnostiques que recueille l'INSPECTION.

STIONS. — Je n'ai à traiter la question des congestions qu'au ie très-restreint du diagnostic. Cependant le terme *congestion* est si vague, qu'il est indispensable d'entrer d'abord dans quelques éraux sur le sens que l'on doit y attacher et sur les phénomènes ju'elle présente.

estions en général.

:estions doivent être de prime abord considérées simplement comme ulations plus ou moins prolongées du sang dans les capillaires d'une l'un organe, condition si bien qualifiée par le mot *hypérémie*, dû à cet état congestif, quelle qu'en soit la cause intime, se rattachent des es symptomatiques qui intéressent fortement le praticien, et qu'il ne · conséquent négliger.

tat actuel de la science, les causes intimes de la congestion en général sibles à bien déterminer. La vieille opinion des congestions sthéni-héniques a beaucoup perdu de son importance, ainsi que l'étude cli-faits d'abord, puis les travaux de Marey sur la circulation l'ont e plus, la physiologie expérimentale a démontré que les actions aient l'origine apparente d'un grand nombre d'hypérémies en paraly-rfs vaso-moteurs, et la pratique a profité franchement de ces travaux Mais l'histologie n'a jusqu'à présent qu'obscurci la question des con-

Cependant il existe des phénomènes qui leur sont communs, au moins dans un certain nombre de cas, et sur lesquels on n'a pas suffisamment fixé l'attention. Il y a d'abord la *douleur*, variable par son intensité et suivant son siége, et qui peut être limitée à l'organe congestionné ou s'irradier plus ou moins loin. Il y a, en outre, des modifications physiques, appréciables pendant la vie, des organes congestionnés : leur *augmentation de volume et de compacité*. Enfin la marche ou l'évolution des congestions offre, dans une foule de cas, une autre particularité caractéristique, qui sert souvent à établir leur diagnostic différentiel : c'est la *rapidité* et le *peu de durée* des accidents congestifs. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; la durée des hypérémies peut être prolongée, parfois pendant un temps très-long, et alors elles présentent quelquefois des rémittences et des exacerbations passagères, dont il faut tenir compte.

Les maladies aiguës fébriles ne produisent pas l'hypérémie par la seule exagération sthénique du mouvement circulatoire, comme on le croyait jusque dans ces derniers temps, mais par une sorte de concentration sanguine vers les viscères dès l'invasion de la fièvre (*Voy.* mon Mémoire sur la congestion pulmonaire, *Arch de méd.*, 1854, t. III). Ces congestions, parfaitement démontrées pour les poumons, sont par suite probables pour les autres viscères. Elles paraissent devoir expliquer la céphalalgie, le délire, certains troubles digestifs, l'ictère, l'albuminurie des maladies fébriles, suivant le siége de ces hypérémies au cerveau, aux organes digestifs, au foie, aux reins, etc.

Ces congestions se font dès l'apparition des frissons, suivent une marche croissante avec celle de la maladie aiguë fébrile, restent stationnaires comme elle, et alors peuvent éprouver des exacerbations qui sont considérées comme des complications, puis enfin elles décroissent avec la maladie elle-même. C'est là du moins ce que j'ai observé pour la congestion pulmonaire en particulier, d'une part dans toutes les *maladies thoraciques aiguës fébriles*, et d'autre part dans les fièvres générales de nos contrées, la *fièvre typhoïde* et les *fièvres éruptives*.

Mais ces congestions des maladies aiguës fébriles n'ont pas toujours une marche corrélative de la marche des affections dont elles dépendent; elles semblent s'équilibrer ou se suppléer mutuellement, suivant des lois encore mal connues, et donner ainsi aux maladies fébriles leur physionomie particulière, leur bénignité ou leur gravité. C'est ainsi que, dans les fièvres éruptives, les congestions viscérales diminuent dès que se montrent les congestions cutanées, qui constituent un des principaux éléments des éruptions. C'est là d'ailleurs un vaste sujet d'études qui donnera tôt ou tard aux congestions dans les fièvres l'importance qu'elles doivent avoir.

Si l'on excepte les congestions qui sont dues à l'action d'une cause occasionnelle particulière, comme l'insolation pour la congestion cérébrale, le coït pour la congestion utérine, etc., on peut dire que la plupart des hypérémies sont symptomatiques.

Les congestions affectent différentes *formes*, même pour un seul organe, et ce n'est pas la moindre difficulté de leur étude à ajouter à celles que j'ai rappelées. Non-seulement il y a des congestions qui sont latentes, mais encore il en est, parmi les autres, qui sont tantôt légères et tantôt très-graves, parfois même foudroyantes. D'autres sont accompagnées d'hémorrhagies.

Elles constituent des *complications* fréquentes et sont elles-mêmes suivies souvent d'affections intercurrentes, parmi lesquelles on doit ranger l'*apoplexie sanguine*. Quoique l'hypérémie soit un élément de l'inflammation, il est admis

rd'hui que l'hypérémie n'est pas, comme on le pensait, le point de départ inflammation.

termine ici cet aperçu général sur les congestions, pour passer à l'étude ur diagnostic en particulier, en les considérant isolément au niveau de ue organe. Mais, pour un certain nombre d'organes, ces congestions sont peu importantes ou bien encore trop mal connues pour mériter d'être es à part. Telle est la congestion du cœur, liée à des lésions valvulaires des affections diverses des poumons, congestions qui ont été étudiées t au point de vue anatomique et histologique par Jenner (*Med.-chir. oct.*, 1860). Il ne sera donc question ci-après que des congestions de la du cerveau, de la moelle épinière, des poumons, du foie, de la rate, des t de l'utérus.

Congestions localisées.

ONGESTION DE LA PEAU. — L'hypérémie cutanée est la plus facile à re-re, puisque la coloration rosée, rouge, violacée ou noirâtre qui la carac-st un signe saisissable à première vue. Elle a pour caractère principal, tte coloration, de disparaître momentanément sous la pression du doigt venir ensuite rapidement.

rougeur hypérémique ou congestion, envisagée comme signe patho-, est toujours symptomatique ; aussi est-ce comme symptôme acces-une foule de conditions morbides plus ou moins complexes qu'il fau-tout la considérer au point de vue pratique, si son importance ne se dominée complétement par d'autres éléments diagnostiques beaucoup ortants.

ngestion cutanée est générale dans les fortes réactions fébriles. Loca-le est très-fréquente à la face dans la congestion cérébrale, la pléthore, s l'état opposé du sang : l'anémie. Elle accompagne toutes les affections aiguës, concourt à former les taches lenticulaires qui se montrent fièvre typhoïde, les plaques congestives qui se développent sur les ans les maladies thoraciques, et elle constitue des macules plus ou ersistantes, d'une nuance rosée ou brunâtre, qui sont la dernière trace ffection cutanée dont elles indiquent quelquefois la nature. Enfin la on cutanée, d'un aspect plus ou moins livide, résulte d'un obstacle à la on veineuse, et alors coïncide avec un œdème caractéristique localisé mêmes régions.

ngestion cutanée présente d'ailleurs toutes les variétés d'origine dont question précédemment d'une manière générale. Celle qui est due aux s fébriles générales présente ceci de particulier qu'elle ne débute pas hypérémies internes, puisque ces dernières se produisent d'abord les frissons, et qu'alors la peau est au contraire presque exsangue. La on cutanée n'est ici que secondaire, et elle n'a lieu que dans le cours ction fébrile, que cette congestion soit simple ou bien qu'elle concoure tuer ces éruptions fébriles si remarquables dans leurs caractères, la e, la scarlatine, la variole, etc. Un fait intéressant qui ressort de mes es sur la congestion pulmonaire des maladies fébriles, c'est qu'il y a e de balancement entre cette congestion du poumon, et probablement s autres organes internes, et celle de l'exanthème cutané. La congestion les viscères, en effet, diminuait dans ces fièvres aussitôt que se faisait n et par conséquent l'hypérémie spéciale de la peau. Par une coïn-bien remarquable, en même temps que s'établissait la congestion peau et que diminuait celle des poumons, diminuaient également la

céphalalgie et parfois certains délires très-graves, comme si le cerveau se décongestionnait également. Je pourrais faire la même remarque pour d'autres organes, pour les douleurs rénales dans la variole, par exemple : ce qui me paraît être un fort argument en faveur de la nature congestive des phénomènes initiaux des maladies aiguës fébriles. Ici les congestions semblent avoir la même évolution que la chaleur (*Voy.* THERMOMÉTRIE).

B. CONGESTION CÉRÉBRALE. — Cette espèce de congestion, considérée à part, est celle qui a été le mieux étudiée par les auteurs, parce que ses symptômes sont en général faciles à saisir. Il est peu d'affections cérébrales qu'elle ne puisse simuler.

1° *Éléments du diagnostic.* — Ce sont principalement : la coloration rouge et parfois bleuâtre de la face, le *gonflement des veines* sous-cutanées, l'injection des *yeux*, quelquefois l'*ampleur du pouls* et les battements exagérés des artères; la *céphalalgie*, l'*inaptitude au travail*, des *vertiges*, des *éblouissements*, des *troubles de la vue*, de la *photophobie*, des *tintements* ou *bourdonnements d'oreilles*, des *bouffées de chaleur* à la tête et à la face; parfois *perte de connaissance* incomplète ou complète; d'autres fois *délire*, *faiblesse* et *engourdissement* dans tous les muscles, surtout aux membres inférieurs; enfin il peut momentanément survenir de véritables *convulsions*, de la *contracture*, ou une *paralysie* d'un ou des deux membres, d'un côté du corps, ou d'un côté de la face.

2° *Inductions diagnostiques.* — Il n'est pas toujours facile de reconnaître la congestion cérébrale au résumé des signes actuels que je viens de rappeler et de ne pas la confondre avec des affections cérébrales plus graves qui, presque toutes, ainsi que je l'ai dit, peuvent être simulées par la simple congestion. La variété d'expression symptomatique de cette congestion est telle qu'Andral, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, en a admis huit formes différentes; mais comme, dans ces différentes formes, c'est le symptôme principal lui-même qui attire presque exclusivement l'attention du praticien, c'est particulièrement d'après ce symptôme dominant que pourra se formuler le diagnostic.

Les faits qui présentent le plus de difficultés sont ceux où les accidents se groupent de manière à simuler des maladies cérébrales plus graves. Dans les congestions brusques avec paralysie, on peut croire à l'*hémorrhagie cérébrale* ou au *ramollissement apoplectiforme*. Au premier moment, la distinction est même impossible; et l'on n'est éclairé que par la marche des accidents, qui se dissipent avec promptitude dans la simple congestion, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié : après une courte durée des symptômes congestifs *si l'invasion a été subite* (*coup de sang*), ou bien après quelques heures ou quelques jours au plus. Dans les cas d'hémorrhagie ou de ramollissement, au contraire, les accidents sont infiniment plus persistants. — Le délire, et parfois en même temps les convulsions, qui accompagnent la congestion cérébrale dans les fièvres, sont bien souvent pris pour des signes de *méningite* aiguë franche, et ici encore l'évolution seule des accidents cérébraux, disparaissant plus ou moins rapidement avec l'affection qu'ils accompagnent, ou bien dès que l'éruption survient dans les fièvres éruptives, peut faire éviter l'erreur, tant les signes sont semblables d'ailleurs. — Il y a des congestions cérébrales apoplectiformes et convulsives qui simulent tellement l'*épilepsie*, que Trousseau a admis qu'en pareils cas il y avait une épilepsie véritable (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 3ᵉ édit., 1868). Cette opinion ne paraît pas avoir rallié la majorité des observateurs; une des principales objections que l'on peut faire, c'est l'apparition unique de la congestion dite épileptiforme, tandis que l

à une congestion.

le diagnostic de la congestion, on a surtout insisté sur la possibilité de urs, les plus graves qui peuvent être commises; mais, dans certaines e congestion légère, la méprise est quelquefois aussi très-regrettable. fait considérer comme une congestion céphalique due à la pléthore la on qui est due au contraire à un état anémique est une des plus fâcheuses; ureusement elle est encore fréquemment commise à propos des femmes la grossesse.

important d'établir si la congestion est primitive et due à des causes elles, ou bien si elle est secondaire. — Dans le premier cas, on a noté prédispositions : l'âge adulte et surtout la vieillesse, une constitution un tempérament sanguin; et comme causes les plus ordinaires, la raréle l'air, un froid intense, l'insolation ou une chaleur exagérée (à laquelle ttribuer la *calenture*, simple congestion cérébrale, comme l'a montré de Méricourt), des vêtements et surtout une *cravate* trop serrés, des alcooliques, un repas trop copieux, un accès de colère, les grands — On observe aussi la congestion cérébrale très-fréquemment comme ire dans la plupart des affections du cœur ou des gros vaisseaux et dans s affections qui gênent la circulation veineuse de la tête ou qui compris veines du cou, dans les asphyxies, dans toutes les affections fébriles, la femme, avant l'invasion des règles, pendant l'accouchement, et même cours de certaines anémies, comme je l'ai rappelé plus haut.

onostic. — La bénignité habituelle de la congestion cérébrale et la facilaquelle elle se dissipe ordinairement, lorsqu'elle est primitive, font que nostic est presque toujours favorable. Lorsqu'elle est secondaire et due à ditions pathologiques graves, elle peut accélérer la terminaison funeste. ne congestion cérébrale, ordinairement *sénile*, qui est due à l'état monides vaisseaux capillaires (Laborde) et à leur dégénérescence athéromal calcaire; cette congestion ou stase sanguine est considérée comme le

à laquelle succède graduellement la difficulté des mouvements, puis enl paralysie. Une autre difficulté du diagnostic de la maladie, que son début brusque ou graduel, c'est que sa marche se prolonge ordinairement longtemps, plusieurs semaines au moins, parfois même deux ou trois
Certaines causes peuvent éclairer quelquefois le diagnostic, sans cepe lui donner la certitude. Ainsi l'on a remarqué l'apparition de la congesti la suite de la *suppression de certains flux* (du flux hémorrhoïdal, des r des lochies), de la disparition d'une *sueur habituelle des pieds* (Oll pendant l'*irrégularité de la menstruation*, dans la convalescence *fièvre typhoïde*, et, suivant J. Frank, dans le cours du *rhumatisme* l'influence de ces différentes causes n'est souvent pas facile à établir.
Dans les cas où l'affection se développe et se dissipe avec lenteur, il e difficile de ne pas croire à une lésion profonde de la moelle, à un *ra sement*, à une *tumeur*, par exemple. Il est vrai que, dans ces dernières tions, l'on observe la paralysie de la vessie et du rectum qui paraît manqu la simple congestion; mais l'existence de ces dernières paralysies ne se de nature à faire cesser toute hésitation. — Même lorsque l'invasion est on peut hésiter entre la congestion et l'inflammation des méninges rac nes, comme on le voit par la note intéressante publiée dans les *Arch médecine* (1858) par le docteur Gauné, de Niort, qui a vu, aux Enfants- de cette ville, une épidémie qui affecta dix-neuf jeunes filles âgées de vingt et un ans, et parmi lesquelles il en considéra neuf comme attei méningite rachidienne, et onze de congestion, sans autre critérium que sité des symptômes, car toutes indistinctement guérirent, ce qui est u somption de l'existence d'une simple congestion chez toutes.
Non-seulement on peut hésiter entre la congestion et la méningite rachi mais encore entre la congestion et l'*hémorrhagie de la moelle*, car la neté de l'invasion peut avoir lieu de part et d'autre. — Il en est de même de l'*hémorrhagie méningée*, qui se montre fréquemment dans la co de la moelle, comme complication venant encore augmenter les dif Cette hémorrhagie s'annonce, en effet, par des signes peu caractéristiqu douleur vive dans le point où elle se produit, des convulsions et la con des membres.
La science a donc beaucoup à faire pour éclairer le diagnostic d diverses circonstances. C'est ce qu'a fait remarquer Ollivier lui-même; et, la question est restée très-complexe. C'est ainsi que, dans un fait du Luys, la congestion de la substance grise de la moelle s'est accompagnée esthésie dans une moitié du corps et d'obtusion de la sensibilité dans (*Recueil de la Soc. d'obs.*, t. I), tandis que, dans aucun des faits de co publiés, on ne trouve signalés les troubles de la sensibilité.
Le pronostic est ordinairement favorable; cependant il suffit d'une co étendue et prolongée pour causer la mort, surtout si la respiration devie gênée, ce qui indique que la congestion s'étend supérieurement jusqu'au ment supérieur de la moelle.
D. CONGESTION DU POUMON. — La congestion pulmonaire doit trouv dans le cadre nosologique. C'est seulement comme premier degré de l monie que les pathologistes s'en sont occupés, et encore n'est-ce qu manière accessoire, car les traités spéciaux de pathologie interne ne co pas d'article spécial à la congestion des poumons. Fournet seul a sig faits semblables à ceux de la période initiale de la pneumonie, et indép de toute inflammation du poumon (*Rech. sur l'auscult.*, p. 283). Cett

…ouvait de ce que, pour étudier l'hyperémie pulmonaire, on n'en avait saisi …qu'à présent que des signes peu caractéristiques. Une seule particularité, un … signe pouvait, en pareille circonstance, servir de guide à l'étude de la con…tion pulmonaire, comme elle l'a fait pour le foie, la rate ; c'était la constata… de l'*augmentation de volume de l'organe par le fait de la congestion.* …l'ampliation du poumon par cette cause était méconnue, par suite de l'insuf…nce des moyens d'exploration mis en usage, lorsque les perfectionnements …la MENSURATION, et surtout la cyrtométrie, me permirent de constater cette …lation. J'y suis arrivé par une filiation de recherches consignées dans deux …oires (*Mém. de la Soc., d'observ.*, t. III; *Arch. de méd.*, 1854, t. III), et j'ai poursuivies depuis. C'est de ces différents travaux, et principalement du …ire étendu que j'ai publié en 1866 dans les *Archives de médecine*, que je …xtraire les données applicables au diagnostic de la congestion pulmonaire, …sant remarquer qu'elle constitue, comme l'anémie, un état pathologique …ulier que l'on doit considérer comme maladie particulière et comme symp…complexe.

…Éléments du diagnostic. — Considérée comme maladie au même titre que …chite franche et la pneumonie, l'hyperémie pulmonaire débute subite… par une *douleur* du côté de la poitrine, avec *fièvre* le plus souvent légère, … intense, une *dyspnée* très-variable, avec *absence de toux*, ou *toux rare*, sèche ou suivie d'*expectoration muqueuse* transparente, parfois un …*tée de sang.*

…s phénomènes fonctionnels se joignent des signes physiques. La percus…roduit une *submatité* ou, au contraire, un *tympanisme* thoracique plus ou … étendu. L'auscultation fournit des signes variables et surtout mobiles du …n lendemain. Ce sont : le bruit respiratoire *affaibli* ou, au contraire, *exa…ré puéril, granuleux* ou *rude, sifflant* ou *ronflant ; soufflant ;* l'expiration …ez souvent *prolongée;* enfin il peut y avoir des *râles humides* qui sont …avoir la fréquence qu'on leur a attribuée. La voix thoracique est rarement …ée. Ces phénomènes fonctionnels et ces signes physiques n'ont pas une …tion de progrès et de déclin graduels : *la fièvre est éphémère* et n'a que …quatre ou quarante-huit heures de durée, tandis que les signes thoraci…sont comme stationnaires jusqu'à ce qu'un traitement approprié fasse tout …aître du jour au lendemain, en même temps que la mensuration cyrtomé… révèle une rétrocession thoracique manifeste.

…diquerai plus loin en quoi la congestion pulmonaire *dans les maladies* … de la congestion idiopathique.

…Inductions diagnostiques. — Je ne discuterai pas la valeur isolée de … des signes d'hyperémie pulmonaire que j'ai rappelés; il n'en est aucun …reusement qui puisse être considéré comme pathognomonique par lui…, et ce n'est que par son rapprochement des autres signes positifs ou …s existant au niveau de la poitrine, et en ayant égard aux conditions dans …lles ces signes apparaissent, que l'on peut soupçonner ou affirmer qu'il y …gestion pulmonaire.

…portant est d'abord de distinguer les cas d'*hyperémie-maladie.* L'in… subite avec fièvre et douleur thoracique constante, dyspnée, d'intensité …le, absence habituelle de toux ou toux suivie d'expectoration muqueuse …rente, parfois maculée de sang, les signes de percussion et d'ausculta…riés et souvent mobiles que j'ai rappelés, le tout persistant, à l'exception … fièvre qui est éphémère, puis disparaissant du jour au lendemain avec …ssion de la poitrine manifeste à la mensuration, à l'aide d'un traitement

actif (ventouses scarifiées, vomitif) : tels sont les caractères bien tranchés d la maladie. Lorsqu'elle est survenue à la suite d'un refroidissement, cause l plus ordinaire, cette donnée étiologique vient confirmer le diagnostic.

Lorsque la congestion pulmonaire est seulement un état pathologique l'on peut dire accessoire dans d'autres maladies : 1° elle en constitue le dé 2° elle en est un phénomène concomitant complexe; 3° enfin elle apparaît leur cours comme une complication. Ces trois conditions sont importa signaler. — Au début des maladies, l'hyperémie pulmonaire diffère de la gestion-maladie, principalement par la *persistance de la fièvre;* c'est là particularité clinique très-importante. Toutes les maladies thoraciques aig toutes les maladies fébriles peuvent la présenter à leur invasion. — Ces m maladies ont aussi une congestion pulmonaire concomitante plus ou moins caractérisée. — Enfin cette congestion peut survenir comme complication les maladies aiguës ou chroniques les plus diverses.

Il ne faut pas perdre de vue, dans ces différentes circonstances, q physionomie de la congestion pulmonaire est rarement celle de l'hype idiopathique. La douleur de côté manque très-souvent; les signes locaux moins mobiles, et le traitement a sur eux moins d'action.

Une remarque qui n'a pas été faite, et dont l'importance ressort de son é même, c'est que la *congestion pulmonaire peut simuler la plupart des tions bronchiques et pulmonaires, de même que la congestion cérébrale simuler la plupart des maladies du cerveau.* J'ajouterai même que plu maladies thoraciques, classées autrement dans le cadre nosologique, ne so mon avis, que des congestions pulmonaires à manifestations symptoma particulières.

D'abord la *névralgie dorso-intercostale aiguë* rentre évidemment dans dernière catégorie, l'hyperémie m'ayant été démontrée, dans certains cas une ampliation cyrtométrique de la poitrine, parfois par du tympanisme t cique, et surtout par des râles sibilants disséminés, de la dyspnée, une toux gnifiante ou nulle : le tout précédé de troubles fébriles et disparaissant ra ment avec la douleur, sous l'influence d'un vomitif, par exemple.

La *pleurodynie* n'est le plus souvent rien autre chose non plus qu'une gestion pulmonaire qui ne diffère de la forme névralgique que par le car de la douleur, qui occupe les muscles plutôt que le trajet des nerfs inte taux.

La distinction des *bronchites* en bronchites à râles sonores et bronch râles humides, faite par Beau, ne me paraît avoir désormais qu'une impor secondaire, la plupart de celles relatives à la première de ces formes n'é dans l'immense majorité des faits, que de simples hyperémies des poumon la congestion est démontrée directement par l'ampliation thoracique l'existence de râles sibilants ou ronflants sans toux ni dyspnée, l'un et l' phénomène disparaissant ensemble, après avoir duré un certain temps, et servant principalement dans le cours des maladies aiguës fébriles. Le râle s a, en pareil cas, pour caractère d'être peu ou de n'être pas modifié par la tandis que celui dû à la présence de mucosités plus ou moins épaisses bronchite disparaît ou se modifie souvent lorsque le malade les a dépla toussant. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la bronchite, comme les affections aiguës de la poitrine, et la bronchite plus même que toute autre compagne toujours, surtout à son début, de congestion pulmonaire; mais les cas de bronchite, ni la toux ni l'expectoration ne font défaut, comme arrive si souvent pour la simple congestion.

s différents cas, le signe stéthoscopique a été passager, disparaissant du lendemain, et, de plus, caractère différentiel très-important, *il n'y avait bronchophonie localisée.*

est qu'à la suite d'un examen bien superficiel que la sonorité tympani- a poitrine à la percussion, qui accompagne assez souvent la congestion ire, pourra faire croire à un *pneumo-thorax*. Il est certain que le me seul peut, en pareil cas, simuler complétement celui qui est dû à la de l'air dans la plèvre, ainsi que j'en ai vu un exemple aux Enfants- (une petite phthisique âgée de quatre ans); mais l'auscultation, en ntendre des bruits vésiculaires superficiels, et l'absence des bruits ques, ne peuvent laisser persister le doute.

ubmatité plus ou moins prononcée, autre signe de congestion dans les aiguës fébriles, fera de son côté d'autant plus facilement croire à un *ment pleurétique*, comme je l'ai vu une fois, que le bruit respiratoire -affaibli en même temps. Cependant, ici encore, un peu d'attention suffira onnaître la congestion si, par exemple, en faisant tousser le malade, ate le bruit respiratoire vésiculaire au moment de la brusque et pro- piration qui précède la toux. L'absence de souffle et d'égophonie, et la ce du frémissement vibratoire perçu par la main quand on fait parler le démontreront aussi qu'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une épanchement e la plèvre.

it, d'après tout ce qui précède, combien peuvent être différentes les rimitives ou secondaires sous lesquelles se présentent les congestions ires. Primitives, elles affectent ou la forme *pleurodynique* ou la forme *que* (avec névralgie dorso-intercostale) que j'ai le premier signalée. res, les hyperémies pulmonaires se montrent dans des conditions ques très-nombreuses, comme je viens de le rappeler, et cependant il core d'autres. L'*hémoptysie*, l'*apoplexie pulmonaire*, par exemple, que des hyperémies exagérées ou qui doivent leur forme hémorrhagique

qu'elles sont mises en regard des affections qu'elles simulent, est remarq par sa bénignité. C'est en raison de sa différence intrinsèque avec les affec similaires, qu'il est nécessaire de rechercher s'il y a ou non hyperémie pu naire. L'évolution de cette congestion, que révèle la mensuration cyrtomét utilisée à différentes époques de la maladie, donne la meilleure mesure gravité ou de la bénignité de l'affection qui en est l'origine. La dimi rapide de l'ampliation thoracique doit faire porter, en effet, un pronostic rable, tandis que son augmentation ou sa persistance au-delà des limites période stationnaire de la maladie doit faire formuler un pronostic défavo

E. CONGESTION DU FOIE. — Cette hyperémie n'a d'importance que co lésion secondaire, du moins dans nos contrées; car, dans les pays chauds, l'h émie hépatique peut s'observer au début de l'hépatite, comme nous v l'hyperémie du poumon précéder la pneumonie. Je me suis demandé p demment si l'on pourrait rapporter à la congestion du foie l'ictère que l'o se déclarer au début de certaines maladies fébriles; mais c'est une simple tion posée et non résolue, qui par conséquent ne doit pas être consi comme applicable à la pratique. Les congestions du foie les plus ordinaires celles qui surviennent dans les affections du cœur, par suite d'embarr d'obstacle au cours du sang.

Dans cette dernière condition, la congestion hépatique doit toujours recherchée avec soin. Elle constitue assez fréquemment alors la ca l'admission des malades à l'hôpital, en raison de la *douleur* qu'ils ressent la région du foie soit spontanément, soit dans les grandes inspirations, par la ou même par l'inflexion du tronc du côté gauche. Si l'on *palpe* alors imm tement au-dessous du rebord des fausses côtes, on provoque aussitôt une leur plus ou moins vive au niveau du bord inférieur du foie, qui est aug de volume sans être déformé.

La *palpation* et la *percussion* permettent de juger de cette augmentati volume du foie vers l'abdomen, où l'organe déborde ordinairement d'un deux travers de doigts au plus ; la percussion fait préciser les limites que gane atteint supérieurement au niveau de la poitrine. La coïncidence lésion du cœur et la disparition rapide des accidents hépatiques par une cation de quelques sangsues à l'anus ne laissent aucun doute sur la natu accidents hyperémiques observés du côté de l'hypochondre droit. Les sig sont assez nets pour ne pas laisser croire à une *hépatite*, erreur qui a cepe été commise assez souvent autrefois, et qui ne saurait l'être aujourd'hu inattention. Une erreur plus facile à commettre est la confusion de la cong avec l'*engorgement bilieux* du foie par suite d'une obstruction du canal tique ou cholédoque ; mais, dans ces derniers cas, il y a toujours un ictè ou moins prononcé, qui manque dans la simple congestion du foie; si l'o siége au niveau du canal cholédoque, il y a en même temps accumulati la bile dans la vésicule, qui peut être augmentée sensiblement de volum enfin les obstacles au cours de la bile étant dus ordinairement à des c biliaires, il y a, ou il y a eu, des accidents de colique hépatique.

Pour le foie, comme pour les autres organes, la congestion ne constit habituellement un état pathologique grave par lui-même. Seulement, c elle est liée ici le plus souvent à une affection cardiaque, elle peut se pro longtemps et subir des exacerbations fréquentes, ce qui contribue à ag l'état du malade.

F. CONGESTION DE LA RATE. — La congestion de la rate, comme celle du constitue une lésion secondaire, qui, le plus souvent, est liée à l'existence d

... intermittente, comme la congestion du foie l'est habituellement à une ...tion du cœur. Quoique moins prononcée que dans les cas d'intoxication ...éenne, l'hyperémie splénique des fièvres graves, comme celle qui a lieu ... la fièvre typhoïde, n'en constitue pas moins un fait digne d'être noté ...me connexe du fait de la congestion pulmonaire dans les mêmes maladies. ...douleur, habituellement sourde, que produit la congestion de la rate au ...u de cet organe, en est un premier symptôme. Cette douleur de l'hypo...dre gauche se comprend d'autant plus facilement, que la congestion phy...ique de la rate au moment de la digestion s'accompagne souvent d'une ...tion douloureuse très-vive par la marche ou par la course. Mais ce signe ...ongestion splénique est loin d'être constant; et c'est ordinairement à ...entation du volume de l'organe constaté par la palpation et la percussion ...a juge de son état de congestion plus ou moins considérable Cependant ...cile de confondre au premier abord ce grossissement de la rate par ...ement sanguin avec tout autre développement anomal de l'organe, car ...u, étant éminemment spongieux et vasculaire, peut prendre, dans toutes ...ditions pathologiques, un développement très-variable. Aussi n'est-ce ...nant compte de l'ensemble des symptômes que l'on peut arriver à déter...a nature de la tumeur de la rate, qu'elle dépende d'une congestion, d'une ... ou d'une cachexie. Le déplacement du rein gauche venant faire saillie ...er sous les fausses-côtes en impose quelquefois pour une hypertrophie ...le, comme j'en ai vu récemment un exemple.

...NGESTION DES REINS. — Selon Cornil, cette congestion ne joue pas un ...si absolu qu'on l'a pensé comme lésion de la maladie de Bright à son ...t comme point de départ de certaines albuminuries aiguës et passagères ... rencontre dans plusieurs maladies (*Voy.* ALBUMINURIE).

...*ouleurs* de reins, jointes à l'*albuminurie*, semblent devoir faire admet...erémie rénale. Par exemple, on ne saurait expliquer que par cette con...la douleur lombaire, antérieure à l'éruption, que j'ai constatée chez ...t atteint de variole, douleur passagère et qui se propageait d'un rein ...ente correspondant, comme dans la néphrite. Les douleurs lombai...rquées au début des affections générales fébriles, et qui sont sur...uentes dans la variole, proviendraient-elles toujours d'une congestion

...i rend le diagnostic de cette hyperémie si difficile et si souvent impos...est l'impuissance où nous nous trouvons le plus souvent de pouvoir pré...ugmentation de volume des reins. Quoi qu'on en ait dit, en effet, la pal...i la percussion ne sont pas suffisantes pour faire arriver à délimiter les ... moins que leur volume ne soit considérablement augmenté.

...NGESTION DE L'UTÉRUS. — Il semble que la congestion utérine doive ... des congestions les mieux connues, l'utérus étant un organe accessible ...lement à la vue, mais encore au toucher, et ses cavités même pouvant ...lorées par un cathétérisme particulier. Cependant on peut dire hardi...e sa congestion, dans l'état actuel de la science, est encore bien mal ... La difficulté de l'étude des congestions utérines tient à ce que l'on ...re fréquemment des hyperémies physiologiques chez la femme, et qu'il ...ile de dire où finit l'hyperémie physiologique et où commence l'hyper...athologique. De plus, dans un autre ordre de faits, on ne peut établir ...anière précise où finit la congestion morbide et où commence l'inflam... La congestion utérine pathologique est donc un état intermédiaire entre ...x extrêmes : la congestion physiologique d'une part, l'inflammation

tranche de l'utérus de l'autre, et elle constitue un état pathologique v délimité, désigné par les dénominations de congestion *active, pa fluxion, d'engorgement* sanguin, etc., de l'utérus. Cette congestion tant réelle, et elle ne saurait être niée. On peut même dire avec Aran *sur les maladies de l'utérus,* 1858) qu'on ne lui accorde pas une pl large dans la pathologie utérine, tout en faisant une part trop large à mation. Comme l'hyperémie des autres organes, celle de l'utérus primitive et constitue une maladie à part, et tantôt secondaire à maladie.

1° *Éléments du diagnostic.* — Avec le sens ambigu que présente l tion utérine morbide, les symptômes qui lui sont attribués doivent se à la fois à la congestion physiologique et à l'inflammation utérine dans taine mesure. On admet, en effet, qu'il y a différents degrés de la morbide, depuis la congestion latente jusqu'à celle qui accompagne l' tion, et on lui a attribué, comme moyen terme, les troubles de l' menstruelle simple. Il est donc très-difficile d'exposer une bonne syn logie de la congestion utérine; aussi n'en rappellerai-je que les signes douteux.

Cette congestion s'annonce par une sensation de *pesanteur incom* mentant par l'exercice, avec *tiraillements* dans les lombes et dans par de véritables douleurs qui s'irradient dans le voisinage et qui pe assez violentes pour constituer la *colique utérine*, et s'accompagner tions de *contractions expulsives* analogues à celles de l'accouchemen véritable ténesme utérin. Il survient quelquefois des *cuissons* et du *p* vulve, des *besoins continuels d'uriner* et, dans la *miction,* une se brûlure au passage de l'*urine*, qui est rendue en petite quantité, sui toujours chargée d'urates ou de phosphates, presque bourbeuse. L'*ut* volumineux que dans l'état normal, ne peut cependant se sentir au dessus du pubis qu'après l'accouchement (Aran); il y donne lieu à u qui persiste après l'émission de l'urine. Par le *toucher vaginal,* on *col de la matrice* volumineux et offrant à son pourtour, suivant Dupa *battement prononcé* des artères utérines; le *toucher rectal,* qui pe une idée approximative de l'augmentation de volume de l'organe, ser moyen d'apprécier le volume du corps de l'utérus. Il peut y avoir, sui leix, comme *phénomènes généraux,* dans les cas de douleurs a malaise, de l'agitation, de l'anxiété, mais non un mouvement fébrile v

2° *Inductions diagnostiques.* — D'après ce qui précède, on conçoi il doit être souvent difficile de diagnostiquer la congestion utérine m l'hyperémie physiologique apparaissant irrégulièrement hors de l'épo tuelle des règles, et surtout de la véritable métrite, dont les caractères di extrêmes sont seuls assez tranchés pour établir une distinction suffis entrer à ce sujet dans une discussion qui ne me paraît pas devoir abo l'état actuel de nos connaissances, je signalerai les symptômes fébriles à certains cas de congestion utérine simple par quelques observateurs sant à d'autres pour faire ranger la maladie parmi les métrites; il en est de certains écoulements blancs ou jaunâtres, considérés comme de natu ment congestive ou comme d'origine inflammatoire. Des signes auss ment interprétés, d'autres communs à la congestion physiologique ou et à la métrite, sont des éléments de diagnostic bien insuffisants; qu'une marche et une disparition plus ou moins rapides des accident nent pas, soit spontanément, soit par suite d'un traitement approprié,

ient considérable de l'organe, suivant Valleix, et enfin l'ingestion
gogues, comme la rue et la sabine.

ic. — Il est favorable dans presque tous les faits; car il n'est nulle-
tré que l'engorgement de l'utérus par simple congestion passe
'état de phlegmasie chronique, puis occasionne des transformations
us profondes, comme le pensent certains auteurs.

SSANCE (Perte de). — La suspension des fonctions de relation
nommée perte de connaissance est complète ou incomplète, subite
prolongée ou de peu de durée. Complète et subite, elle occasionne
iédiate du malade, dans certaines *congestions cérébrales*, dans
ie et dans le *ramollissement apoplectiforme* du cerveau, au début
leptiques ou *épileptiformes*, parfois au début des accès d'*hystérie*.
ouzy, on pourrait distinguer cette dernière affection de l'épilepsie
de la perte de connaissance après une certaine durée de l'accès
lle surviendrait graduellement aussi, pendant l'agitation convul-
méningite cérébro-spinale épidémique. La perte de connaissance
iée dans le cours de certains *tremblements mercuriels* et dans la
it elle constitue le principal symptôme. Elle est le plus souvent
s le COMA (*Voy*. SYNCOPE).

'ATION. — La constipation se présente à l'observateur dans
ns différentes : 1° elle constitue un symptôme trop secondaire
une attention spéciale, et ne peut concourir à éclairer le diagnostic;
symptôme d'une grande valeur; 3° elle est indépendante d'une
et constitue par conséquent par elle-même un état pathologique
liopathique. Je n'ai à m'occuper que de ces deux dernières con-

ition, qui attire particulièrement l'attention comme symptôme, est
d'autres données ou signes dont la coïncidence lui donne sa véri-
ition. Parmi ces données concomitantes de diagnostic sont les

La constipation dite idiopathique est un sujet bien fréquent de la préoccupa-tion des malades; aussi rien n'est plus ordinaire que d'en rencontrer qui ré-gnent à l'administration des médicaments qui peuvent produire ce qu'ils appel-leur *échauffement*. Lorsqu'on ne peut rattacher la constipation à aucune causes précédemment énumérées, elle ne doit attirer l'attention que s'il joint de l'anorexie, de l'*empâtement* dans la bouche, des digestions diffi des étourdissements, de la somnolence après les repas, des bouffées de cha à la tête, de l'irritabilité du caractère, de l'inaptitude au travail, des bor rygmes et de la pesanteur dans l'abdomen. L'essentiel est alors de détermi cause de la constipation. Les principales sont le tempérament nerveux, l avancé, la vie sédentaire, une alimentation trop excitante, un régime sévère, l'usage des narcotiques ou des astringents, l'habitude de résister besoins de défécation, qui entraîne la distension habituelle du gros intesti son atonie musculaire. Aucun signe ne permet d'arriver à en détermine cause intime, telle qu'une modification des sécrétions ou l'absorption rapide des matières intestinales; on né peut que les supposer.

Le pronostic de la constipation varie suivant son origine et suivant les plications qu'elle peut entraîner, comme l'engouement intestinal, les tu hémorrhoïdaires, les fistules anales, et, ce qui est plus grave, les pertes sémi involontaires, suivant Lallemand.

CONTAGION. — Il y a peu de questions médicales sur lesquelles autant disserté que sur la contagion. Le diagnostic et le pronostic n'en pe déduire que des applications fort restreintes. On ne doit pas perdre de vu certaines maladies sont manifestement contagieuses, comme les maladies lentes, les fièvres éruptives, tandis que d'autres ne le sont que dans cert conditions. La plus incontestable de ces conditions est l'intensité et la g de certaines épidémies, comme on l'a constaté pour la fièvre typhoïde choléra, à propos desquels on a discuté à tort sur la contagion ou la non-c gion absolues.

Une question importante sur laquelle le médecin est assez souvent ap se prononcer, c'est l'influence contagieuse qui pourrait être à redouter po personnes qui approchent un malade atteint d'une maladie réputée contagi C'est souvent un problème délicat à résoudre, car on se trouve placé entre écueils : celui de l'exagération, qui fait prendre à la famille des préca inutiles, et celui d'un optimisme qui méconnaîtrait un danger réel. Le pra a besoin de toute sa sagacité et de toute son attention pour trancher la qu en pareille circonstance. Malheureusement la science n'offre pas de do toujours suffisamment précises; car, dire qu'une maladie est contagieu ce n'est pas exprimer qu'elle le soit partout et toujours, et nous ignor quoi tient la prédisposition, à quoi tient l'immunité des individus da plupart des cas. Nous savons seulement que certaines affections, quelq contagieuses, comme la fièvre typhoïde, ne se développent qu'une fois d vie, et que par conséquent les individus qui en ont été atteints sont inde et n'ont pas à craindre une nouvelle atteinte de la maladie; mais pour d' affections contagieuses, l'immunité donnée par une atteinte antérieure pas aussi absolue : des récidives, même multiples, de rougeole et de sc tine ont été observées; et l'on a même vu la variole atteindre deux fois le individu.

CONTRACTURES. — Au mot CONVULSIONS, nous avons dit la place que la conctracture, simple ou combinée aux convulsions cloniq occupe dans l'ensemble des accidents convulsifs, dont elle forme une div

ıtractures locales passagères ou intermittentes.

ɔnctractures locales qui se montrent à des intervalles plus ou moins ou par accès irréguliers, sont symptomatiques ou idiopathiques, et, te dernière circonstance, elles affectent deux formes distinctes. De là visions : contractures symptomatiques, contracture idiopathique des és, contractures par abus fonctionnel.

ɔntractures symptomatiques. — Elles peuvent être localisées dans ɔns les plus diverses, être plus ou moins fréquentes, intenses, ou dou-s, rester locales ou s'étendre progressivement, sans que ces différents es puissent par eux-mêmes guider le praticien dans ses inductions iques. Les contractures locales, comme les phénomènes convulsifs en ont une signification symptomatique des plus complexes et, de part et la recherche de la cause apparente des phénomènes est la question de ie la plus importante. C'est toujours successivement dans les muscles, les s centres nerveux, les autres organes, les maladies générales, les causes elles ou mal connues qu'il faut chercher cette origine. Et, comme presque à répéter ici tout ce que j'ai dit déjà à ce sujet au mot Convul-n écartant simplement ce qui a trait aux convulsions cloniques spéciales, pas à y revenir dans cet article. Je passe donc aux deux espèces de ures non symptomatiques qui, constituant par elles-mêmes deux maladies ères, méritent un sérieux examen : la *contracture idiopathique des tés*, et les *contractures par abus fonctionnel.*

ntracture idiopathique des extrémités. — Signalée par Dance chez et par Tonnelé chez l'enfant, cette affection, appelée aussi *convulsion tonique*, *tétanos intermittent*, *tétanie*, etc., a été étudiée par un nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai Delaberge, les docteurs Gourbeyre, Delpech (*Thèse*, 1846), L. Corvisart (*Thèse*, 1852), Barthez

même jusqu'à former un angle très-aigu. Les orteils sont fléchis ou étendu pied est dans une extension forcée sur la jambe, sa pointe quelquefois tou en dedans, et les difficultés d'extension forcée et les douleurs sont les mê que pour les extrémités supérieures. De part et d'autre, les membres cont turés ont leurs tendons saillants; leurs fibres musculaires forment des ma d'une dureté qui a été comparée à celle du marbre, et parfois les parties affec sont le siége de contractions fibrillaires, quelquefois de tremblement, selon Val Plusieurs accès de cette espèce de contracture, remarquable par son in mittence, mais qui est très-rarement périodique, constituent une attaque d maladie, qui peut ensuite disparaître pour ne plus revenir; ou bien une plusieurs attaques se montrent de nouveau après un temps plus ou moins lo à moins que la maladie ne soit épidémique et par conséquent accidentelle, que l'on a plusieurs fois observé.

L'affection n'est pas toujours aussi simple. On peut rencontrer aux mains aux avant-bras, comme l'a fait remarquer Delaberge (*Journ. hebd. de mé cine*, t. II), une sorte d'*empâtement œdémateux*, de la *lividité* ou de la *r geur*, du *froid* ou une *chaleur* intense.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le siége habituel de cette contracture extrémités des membres des *deux côtés*, son retour par accès survenant su tement, et l'absence de tout phénomène musculaire ou autre dans les interval ne permettent aucun doute sur l'existence de la maladie. La pression circula du membre affecté cause de la douleur et augmente la contracture, suiv Trousseau. J'ajouterai que la contracture idiopathique se rencontre surt chez les *enfants âgés de un à trois ans*, et chez les *jeunes gens de dix-sep vingt-un ans* dans la plupart des cas. Mais elle ne s'offre pas toujours au pratic dans ces conditions de simplicité, et alors il se présente des difficultés qu'il nécessaire d'exposer.

D'abord on peut constater l'existence de l'affection chez des adultes, jusq l'âge de soixante ans; c'est une particularité secondaire qui ne doit pas perdue de vue. Ensuite il faut principalement tenir compte de l'extension ou la généralisation de la contracture, et, par suite, des phénomènes qu'elle pro *au niveau du tronc et de la tête* (tétanie de L. Corvisart). Il peut, en ef résulter de ces contractures des symptômes variables suivant les musc envahis : la difficulté dans l'exercice de la *parole* tient à la difficulté des m vements des muscles des lèvres, de la langue, des muscles sus-hyoïdiens *préhension des aliments* et la *déglutition* sont gênées par suite de contracture des lèvres et du pharynx; la *dyspnée*, d'ailleurs très-variable d' tensité depuis la simple pesanteur sus-sternale jusqu'à la suffocation imm nente, résulte habituellement de la contracture des muscles inspirate externes, ou du diaphragme (L. Corvisart); mais la dyspnée peut aussi dépen de la violence des douleurs qui accompagnent la contracture. Chez tous malades, même dans les cas extrêmes, où la *suffocation* peut devenir imm nente, l'*intelligence est intacte*, circonstance capitale pour le diagnostic.

Les antécédents sont très-nécessaires à déterminer; car, dans les cas do teux, l'existence antérieure d'accès caractéristiques bornés d'abord aux extr mités supérieures, et leur envahissement aux extrémités inférieures, puis tronc et à la tête s'il s'agit de la forme généralisée, l'absence de donn étiologiques capables d'éclairer le diagnostic (sauf peut-être l'influence saisons froides), et, dans l'enfance, l'invasion ordinaire de la maladie dans cours ou à la suite d'une autre affection préexistante (diarrhée, éclampsi sont des données complémentaires très-utiles.

signalé dans un certain nombre de faits un retour périodique régulier ;ès. Mais cette périodicité a été indiquée dans une foule de cas où elle qu'apparente, et due à la marche intermittente naturelle et irrégulière ontracture. Cette irrégularité des accès, leur peu de gravité habituelle, ce d'un violent frisson au début, l'absence de cachexie, et la guérison inquina, sont les meilleurs caractères qui puissent empêcher de con- la maladie avec une *fièvre palustre pernicieuse*, à forme tétanique. — -t-il un véritable *tétanos intermittent* en dehors de la contracture thique, à laquelle Dance a donné la première dénomination? Il n'en pas d'exemple. La marche continue du véritable tétanos, qui est d'ailleurs irement traumatique, et son apparition à la mâchoire (trismus) et à la postérieure du cou, avant de se montrer aux extrémités, suffisent pour er l'idée de la simple contracture plus ou moins généralisée, qui, suivant its de Corvisart, ne s'accompagnerait pas du *renversement du cou en re*. Si cette proposition se confirmait, elle aurait une grande valeur dia- ique. — Suivant Barthez et Rilliet, la contracture est quelquefois limitée les enfants aux muscles du flanc d'un seul côté, et elle produit une ré- on de la cuisse qui simule fréquemment une maladie de la hanche, car contracture peut se prolonger pendant plusieurs mois de suite (*Voy.* LGIE). Pour s'éclairer en pareil cas, ils conseillent d'anesthésier le jeune le au moyen du chloroforme ou de l'éther; si les mouvements deviennent s pendant le sommeil, la question sera jugée dans le sens de la contrac- On est autorisé à agir de la sorte en pareille circonstance par l'importance gnostic. — Le gonflement des articulations avec rougeur, que l'on ren- e dans certains cas de contracture idiopathique et que L. Corvisart ue à la gêne de la circulation veineuse résultant de la contracture, peut au ier abord en imposer pour un simple *rhumatisme articulaire* pendant mittence des contractures; mais, à ne considérer que ces gonflements laires, ils sont *œdémateux* et parfois d'un *rouge livide*, ce qui n'a pas lans le rhumatisme. D'ailleurs, la notion des contractures antérieures au u des extrémités et leur réapparition par accès lèveront les moindres s. — Quant aux différentes contractures symptomatiques d'affections diverses que je pourrais comparer à la contracture idiopathique, je n'ai renvoyer au reste de cet article et au mot CONVULSIONS. Barthez et t insistent sur l'*absence de toute irrégularité du pouls* comme un bon signe pour distinguer la contracture idiopathique des affections céré- s.

forme la plus commune de la maladie, celle qui se manifeste par accès termine rapidement d'une manière heureuse, doit être distinguée avec des contractures permanentes partielles plus ou moins prolongées, qui en d'ailleurs très-différentes par les symptômes locaux auxquels elles donnent , et suivant les muscles affectés, comme on verra plus loin. — La forme de contrature idiopathique des extrémités *avec extension au tronc* mérite tout d'être recherchée ; car l'envahissement des muscles éloignés des extré- tés donne à la maladie une physionomie toute spéciale par les symptômes parence tétanique, en présence desquels il faut toujours se demander si la tracture des extrémités a ouvert la scène ou si c'est le trismus.

Parmi les *complications*, il n'en est aucune plus grave que le *spasme de la* lotte qui survient chez les enfants (Hérard), et qui peut non-seulement se montrer dans le cours de la contracture idiopathique, mais précéder ou accompagner cette affection, dont elle ne semble être qu'une manifestation. Il

en résulte que, parmi les observations de spasme glottique publiées, i trouve un certain nombre qui ne sont bien évidemment .que des contr idiopathiques. — Barthez et Rilliet ont rappelé le fait d'un enfant atteint *paralysie essentielle* qui fut la conséquence d'une contracture douloure Richard (de Nancy) a publié une observation analogue ; mais les faits d espèce sont exceptionnels, cette contracture laissant ordinairement apr toute leur liberté aux mouvements. — Enfin, chez les enfants, une vé *éclampsie* vient quelquefois compliquer l'affection.

3° *Pronostic.* — Il est favorable dans l'immense majorité des cas, puis maladie abandonnée à elle-même guérit le plus souvent. Pourtant on a ci exemples de mort par extension de la contracture à certaines régions glotte chez les enfants, aux muscles respirateurs chez l'adulte. Il faut toujours être en garde contre la possibilité de semblables terminaison n'oubliera pas non plus qu'une mort subite peut être la conséquence d clampsie dans l'enfance et que, dans ce dernier cas, les maladies antér ou concomitantes, qui sont ordinaires, causent fréquemment la mort, sa la contracture y soit pour quelque chose.

C. Contractures par abus fonctionnel. — Nous désignons ainsi l'aff appelée récemment *spasme fonctionnel* par Duchenne (de Boulogn dont l'étude n'avait été faite avant lui que dans une seule de ses variét *crampe des écrivains.*

La crampe des écrivains, étudiée par Albert, Heyfelder, Kapp, Cazena Bordeaux), Langenbeck et Stromeyer, est produite par l'abus de l'action d'é comme l'indique son nom. Elle consiste en une contraction douloureuse et lontaire des muscles de la main droite et principalement de ceux de l'émi thénar et du pouce, parfois des fléchisseurs et extenseurs de l'index ou de l'in seux de l'index et du médius (Duchenne). Maison a remarqué qu'elle pouvait se passer dans les muscles de l'épaule. Duchenne a été plus loin en démon par des faits variés, que le même phénomène convulsif pouvait se montrer toutes les régions et attaquer les mouvements fonctionnels dont on a abusé malades éprouvaient les contractures les plus diverses, dès qu'ils se liv aux mouvements dont ils avaient fait abus : un *tailleur*, la contracture du *scapulaire* faisant tourner le bras en dedans, dès qu'il avait fait que points ; — un *maître d'armes*, la rotation de l'humérus en dedans aussitôt se mettait en garde ; — un *tourneur*, la contracture des *fléchisseurs du sur la jambe ;* — un *lecteur passionné*, celle des muscles rotateurs de l à droite ; — un *lecteur de manuscrits*, de la *diplopie* par contracture modique du droit interne de l'œil ; — un *paveur*, la contracture des *st mastoïdiens ;* — un curé de campagne, une contracture douloureus muscles de l'abdomen du côté droit (surtout du grand oblique) pendant cl inspiration, et s'accompagnant alors d'un mouvement de torsion de dro gauche du tronc, d'où une dyspnée incessante.

Ce qu'il y a d'intéressant à noter dans ces différents faits, c'est que la cot ture n'est provoquée que par les mouvements résultant de l'acte dont on a abus et non par tous les mouvements des muscles alors atteints. Ces contrac douloureuses, presque toujours très-rebelles et même incurables si l'on n'y garde dès le dédut, se compliquent quelquefois de mouvements brusques lontaires (*convulsions cloniques*), et par exception de *paralysie*, sig pour la première fois par Duchenne (*Acad. des sciences*, mars 1860, et *B tin de thérapeutique ; de l'Electrisation localisée et de son application pathologie et à la thérapeutique*, 3e édit., 1860.)

II. **Contractures locales permanentes** .

1° *Caractères.* — La rétraction musculaire qui constitue cette espèce de contracture est toujours localisée à un groupe de muscles, à un seul muscle, ou même à une seule portion d'un muscle.

Lorsque les contractures permanentes occupent la continuité des membres, leur diagnostic est des plus faciles en ce qu'ils y produisent des flexions invariables que l'on ne pourrait faire cesser qu'en employant la violence, flexion qui s'accompagne de la dureté et du relief résistant du muscle contracturé, et surtout de ses tendons sous-cutanés, qui forment une saillie caractéristique à la vue et surtout au toucher. Ces signes sont très-importants comme caractères pathognomoniques de la contracture permanente. Ils servent à la distinguer de la rigidité des articulations qui résultent d'un repos très-prolongé, des rétractions de certaines aponévroses (aponévrose palmaire) et de celles qui ne sont qu'apparentes et caractérisées par des déformations dues, non à de véritables contractures, mais à l'action tonique des muscles qui coïncident avec la paralysie ou l'atrophie des muscles antagonistes. Dans cette dernière circonstance, le relief résistant des fibres musculaires manque, en même temps que la paralysie des muscles antagonistes est facilement appréciable (*Voy.* PARALYSIES LOCALISÉES).

Il y a dans les hémiplégies des contractures permanentes qui surviennent tardivement et qui ne tiennent nullement à la lésion cérébrale, mais à des dégénérations secondaires de la moelle (Ch. Bouchard, *Arch. de méd.*, 1866, t. VIII). Les contractures survenues dans les premiers jours qui suivent l'invasion de l'affection cérébrale peuvent seules être attribuées à la lésion du cerveau. Il résulte, des contractures secondaires, des attitudes vicieuses dont la cause se trouve ainsi déterminée. Ces contractures sont plus fréquentes au membre supérieur paralysé qu'au membre inférieur.

Au niveau du tronc, la contracture n'est pas toujours aussi facile à reconnaître, parce que les muscles contracturés forment un relief qui peut se perdre inaperçu au milieu des autres parties molles, si l'on ne soupçonne pas la contracture et qu'on ne la recherche pas par le palper. Fort heureusement pour le diagnostic, et grâce à l'électrisation localisée qui peut reproduire artificiellement et momentanément la contracture de chaque muscle, comme l'a si bien démontré Duchenne (de Boulogne), on connaît les difformités et les troubles fonctionnels qui en résultent.

C'est principalement pour les contractures localisées dans les muscles qui s'insèrent au scapulum que les difficultés du diagnostic sont nombreuses. Or, voici, d'après les signes indiqués dans diverses parties de son ouvrage, par l'ingénieux observateur que je viens de nommer, comment on peut les reconnaître :

a. — Angle inférieur du scapulum plus ou moins fortement relevé et rapproché de l'épine, sans abaissement du moignon de l'épaule; obliquité relative du bord interne de cet os; en haut et en dedans de son bord spinal, relief résistant qui se prolonge vers la fosse sus-épineuse; par les mouvements du scapulum ou du bras, au niveau de ce relief ou de cette tumeur, crépitations sensibles à l'ouïe et au toucher; et enfin disparition de tous ces signes pendant l'élévation du bras en avant : dans la *contracture du rhomboïde.*

b. — Inclinaison latérale de la tête jointe aux signes précédents avec la *contracture du muscle angulaire de l'omoplate, jointe à celle du rhomboïde.*

c. — Inclinaison latérale de la tête, qui est en même temps portée un peu en arrière, avec rotation légère et fixation du menton du côté opposé, et *tension rigide* étendue de l'extrémité externe de la clavicule vers l'origine postérieure du cou, dans la *contracture de la partie supérieure du trapèze.*

(Ici l'on devra se tenir sur ses gardes pour ne pas confondre la difformité avec celle produite par une *affection des vertèbres cervicales*, que l'on devra rejeter si l'on constate directement la contracture résistante du muscle.)

d. — Élévation du moignon de l'épaule, de la partie externe de la clavicule et du scapulum, rapprochement du scapulum de l'épine, et léger écartement en dehors de son angle inférieur, avec *saillie dure et résistante* étendue de l'angle externe du scapulum à la partie postérieure du cou, dans la *contracture de la partie moyenne du trapèze.*

e. — *Impossibilité d'écrire en ligne,* et difficulté d'imprimer à l'humérus la rotation en dedans avec la *contracture des rotateurs de l'humérus en dehors*; et même impossibilité d'écrire en ligne et de tourner l'humérus en dehors, avec la *contracture des rotateurs de cet os en dedans.*

2° *Conditions pathologiques.* — J'ai rappelé l'exercice exagéré de certains muscles comme une cause de contractures non permanentes. J'ai au contraire à signaler ici le *défaut d'exercice* ou l'inertie des muscles, chez des individus paralysés ou bien chez des aliénés dont la volonté et le jugement sont lésés (Calmeil, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. VIII), comme origine de contractures musculaires permanentes qui se développent d'une manière presque insensible, sans aucun symptôme concomitant d'affection aiguë. Le *rhumatisme musculaire* peut également s'accompagner de contracture permanente. — La contracture peut dépendre encore d'une *lésion d'un nerf.* Elle coïncide alors, dit Calmeil, avec l'absence de tous symptômes cérébraux; elle est rare et suppose une douleur locale et quelques autres signes locaux qui la font reconnaître. C'est surtout à la suite ou dans le cours des *affections des centres nerveux* que s'observent les contractures permanentes; l'hémorrhagie du cerveau, son ramollissement, son atrophie (Cazauvieilh), les produits anomaux qui s'y développent, et les lésions de la moelle épinière, en sont alors l'origine. — Il suffit de rappeler en masse les *maladies générales*, le scorbut, l'ostéomalacie, les intoxications (saturnine et autres), les névroses (hystérie, épilepsie), pour montrer combien la recherche de l'origine des contractures permanentes est parfois compliquée.

Les contractures locales persistantes n'aggravent jamais par elles-mêmes la maladie qu'elles accompagnent; elles peuvent seulement être un signe très fâcheux, si elles se rattachent à une lésion ou bien à une complication grave survenue du côté des centres nerveux.

CONVALESCENCE. — On peut dire que la convalescence, cet état intermédiaire à la maladie et à la santé, qui succède aux affections d'une certaine gravité, est beaucoup plus facile, dans la pratique, à décrire théoriquement qu'à constater à son début. Si l'on excepte certaines affections aiguës à marche rapide, et dans lesquelles survient, du jour au lendemain, une amélioration générale qui annonce une convalescence franche, il en est d'autres dans lesquelles il est difficile de déterminer si l'amendement, c'est-à-dire la diminution des symptômes généraux et locaux, sera durable et constituera une véritable convalescence (*Voy.* Amélioration).

La diminution de la fréquence du pouls, son retour à l'état normal et la disparition de la chaleur anomale de la peau annoncent souvent, avec le retour de l'appétit, le début de la convalescence; mais la persistance de l'accélération du pouls, ainsi que le fait remarquer Chomel (*Dict. de méd.* en 30 vol., t. VIII), n'est pas un signe qui doive faire rejeter l'idée de la convalescence quand les autres signes sont favorables. Ce n'est que petit à petit que l'ensemble des fonctions alanguies reprend son énergie, et d'autant plus lentement que la maladie elle-même

ons hygiéniques favorables d'alimentation et d'habitation, et à la suite es aiguës, que dans les conditions contraires.

JLSIONS. — 1° *Caractères.* — Phénomènes caractérisés par des *ns involontaires* des muscles soumis habituellement à la volonté, les s diffèrent des SPASMES en ce que les contractions involontaires de ces produisent dans les muscles de la vie de nutrition.

vulsions ainsi comprises sont partielles, plus ou moins étendues, ou s, et leur forme présente, en outre, trois variétés qu'il importe de , quoiqu'elles se combinent fréquemment l'une l'autre. Elles sont *, toniques* ou *cloniques*. Elles constituent, dans le premier cas, des s spontanées et irrégulières des fibres d'un ou de plusieurs muscles, e un mouvement ondulatoire sans que le muscle se contracte en entier; ent du phénomène musculaire décrit par Piédagnel et Forget (de), qui consiste en un mouvement musculaire ondulatoire, ou une con-omentanée, que provoque le contact ou la pression au niveau de uscles (Forget, *Traité de l'entérite follic.*, 1841, p. 209). On sait nvulsions toniques, passagères ou permanentes sont des contractions es plus ou moins longtemps prolongées, comprenant les CONTRACTURES, convulsions cloniques sont brusques, rapides, plus ou moins répétées, ou irrégulières, donnant lieu à de simples *soubresauts des tendons*, des mouvements involontaires plus ou moins énergiques, ou consti-*emblement* musculaire. Il est rare que, lorsque ces divers modes de s s'observent simultanément (principalement les cloniques et les il n'y ait pas une forme dominante. Du reste, outre ces caractères dif-généraux, il en est un assez grand nombre d'autres qui ont, suivant e importance réelle, et que je rappellerai dans le cours de cet article. vulsions, telles que je les comprends ici, sont des phénomènes faci-préciables et sur la nature desquels la simulation seule pourrait donner



une maladie générale (diathèses, fièvres, altérations du sang, névroses), ou enfin dans des causes accidentelles ou des conditions inconnues dans leur nature.

a. — Les convulsions fibrillaires localisées au niveau d'un ou de plusieurs mus-cles sont un des premiers signes de l'*atrophie musculaire idiopathique*, qui s'accompagne également de crampes. Il est difficile de déterminer si certai crampes ou CONTRACTURES permanentes locales dépendent d'une affecti musculaire ou d'une maladie plus générale. La même incertitude règne pour contractures, contractions cloniques ou tremblements localisés que Duchen (de Boulogne) a appelés *spasmes fonctionnels*, et qui attaquent les mouvem fonctionnels dont on a abusé (*Voy.* CONTRACTURES, p. 236).

b. — Les troncs ou les filets nerveux qui se distribuent aux muscles atte de convulsions toniques ou cloniques peuvent être le siége de la lésion ou l'affection qui détermine ces phénomènes convulsifs. Telles sont les *lési traumatiques* des nerfs ou la *névrite*, et les *névralgies* intenses, dont la co tatation est facile. La névrite ou la déchirure d'un nerf pourra être le point départ d'un véritable TÉTANOS, et la névralgie celui de secousses ou de cram localisées et parfois très-douloureuses (tic douloureux).

c. — Parmi les maladies des *centres nerveux* auxquelles on pourra rapport les convulsions, sont la *congestion cérébrale*, l'*hémorrhagie* du cerveau ou ses annexes, son inflammation (*encéphalite*), son RAMOLLISSEMENT dit *ataxiq* la *paralysie générale des aliénés*, certains *abcès* de l'encéphale, l'HYPERTRO du cerveau, et principalement les *tumeurs diverses* dont il peut être le siè Selon Trousseau, les lésions peuvent aussi être les effets et non les causes convulsions. Les lésions analogues de la moelle épinière donnent aussi lieu à convulsions (congestion, hémorrhagie, myélite, tumeurs). De plus, les inflam tions aiguës des méninges, comme leurs épanchements, sont remarquables l'intensité et l'étendue des phénomènes convulsifs toniques ou cloniques qui accompagnent. Telles sont l'hémorrhagie méningée, les méningites cérébrale spinale, et surtout la méningite cérébro-spinale épidémique. L'*hydrocéph chronique* elle-même peut se compliquer d'accidents convulsifs.

On peut dire qu'il n'y a pas d'affection consistant en une lésion manifeste centres nerveux qui ne puisse s'accompagner de convulsions fibrillaires, ou to ques, ou cloniques; et l'on peut ajouter qu'il est rare qu'en même temps il ait pas d'autres symptômes nerveux qui éclairent sur la nature de la mala c'est-à-dire de la céphalalgie, du délire, des paralysies alternant avec les conv sions ou se compliquant de contractures. Les convulsions, dans les maladies centres nerveux, sont d'ailleurs très-variables dans leurs allures ou leurs form et l'on ne saurait admettre, comme principe général, que les convulsions qui rattachent à ces maladies soient plutôt toniques que cloniques, comme on l'a fréquemment elles ont simultanément ces deux caractères. L'importance phénomènes concomitants devra faire rechercher ces phénomènes avec soin l'état actuel et les antécédents, lorsque l'on soupçonnera l'existence d'une ces maladies.

d. — Des affections localisées dans des organes plus ou moins éloignés muscles convulsés ou des centres nerveux produisent des convulsions qui été dites sympathiques, et qui constituent des effets réflexes. Ce sont celles chez les enfants, résultent de la *dentition* ou de certaines *indigestions*; cel qui sont dues à des *entozoaires*, à certaines COLIQUES, à la *gastralgie*, à l' avant la suppuration, à l'*asphyxie* par occlusion des voies respiratoires, à un *menstruation tardive*, et enfin à la *grossesse* et à la *maladie de Brig* Cependant les convulsions éclamptiques que l'on rattache à cette dernière mal

ômes observés. C'est aussi du rapprochement des phénomènes conco-
ue l'on déduira l'origine des convulsions asphyxiques, menstruelles, et
de la grossesse (ÉCLAMPSIE) lorsqu'il s'y joint de l'anasarque ou une
rie. Dans ces différentes conditions, les convulsions sont très-variables
expression séméiologique.

[ais ce sont surtout les maladies générales aiguës ou chroniques qui
ieu aux convulsions les plus variées, telles que les maladies fébriles,
ions du sang, les névroses générales.

vre intense, principalement au début des maladies aiguës de l'enfance,
gne assez souvent de convulsions, avec ou sans perte de connaissance
iée; et alors l'invasion simultanée de la fièvre et des mouvements con-
it faire soupçonner la véritable cause de ces accidents, qui sont transi-
antôt ils s'expliquent immédiatement par l'existence des signes d'une
iguë particulière, une pneumonie, par exemple, et tantôt par l'appari-
rieure d'une éruption scarlatineuse ou rubéolique. On ne saurait trop
attention des praticiens sur les convulsions de cette espèce, de nature
ent congestive, et qui sont attribuées légèrement, dans beaucoup de cas,
endues méningites.

is de parler des fièvres éruptives; je dois ajouter que toutes les fièvres
peuvent s'accompagner des mêmes accidents convulsifs à leur début,
si être compliquées, *dans leur cours*, de convulsions locales ou géné-
constituent alors un épiphénomène très-grave. C'est ce que Louis a cons-
r les contractures qui surviennent dans la fièvre typhoïde au niveau des
s supérieurs (*Fièvre typh.*, 1841, t. II, p. 45). En 1855, Aran a observé
table épidémie de contractures de ce genre, mais peu graves, chez des
teints de fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp.*, avril 1855). Les soubre-
s tendons, les convulsions toniques et cloniques avec délire, qui caracté-
ATAXIE envisagée comme épiphénomène complexe, sont facilement ratta-

rie et même la *glycosurie* à son début. Ici encore les symptômes conc
éclairent sur l'origine des convulsions dans beaucoup de cas, mais à la c
qu'on les recherche avec soin. Dans les intoxications, par exemple, la
est souvent inconnue, si l'observation est superficielle.

Dans les *névroses* se rencontrent toutes les convulsions dites idiopa
les *crampes* dites essentielles, l'ÉCLAMPSIE, l'ÉPILEPSIE, la CATALEPSIE,
RIE, le TÉTANOS spontané, l'HYDROPHOBIE *non rabique*, la CHORÉE, les
TURES DES EXTRÉMITÉS, les *convulsions idiopathiques de la face*, l
convulsif, la *crampe des écrivains*, comprise dans les spasmes foncti
Duchenne (de Boulogne), le TREMBLEMENT sénile. Nous reviendro
l'heure sur ces maladies essentiellement convulsives, à la plupart d
nous avons d'ailleurs consacré des articles particuliers.

f. — Outre les nombreuses conditions étiologiques qui précèdent, l
sions peuvent encore dépendre de causes accidentelles ou mal connue
celles provoquées par une *émotion morale* très-vive, par un *chato*
prolongé, par une *douleur intolérable* quelconque, ainsi que nous avo
occasion de le rappeler pour des coliques ou des empoisonnements, le
ou enfin pour des maladies d'une nature indéterminée, comme l'*acrod*

Signification. — Les convulsions se manifestent : 1° comme sig
servant de point de départ aux inductions diagnostiques; 2° avec des si
comitants qui peuvent suffire pour révéler l'origine des convulsions. -
être entré précédemment dans des détails suffisants sur la coïncidence
dents convulsifs avec d'autres symptômes, pour ne pas revenir sur ce
n'ai donc à m'occuper ici que des convulsions qui sont primitives, cor
elles seules toute ou presque toute la maladie.

Pour interpréter les convulsions ainsi envisagées, il faut avoir princ
égard aux particularités mêmes qu'elles présentent : à leur caractère
tonique ou clonique, à leur siége, à leur marche.

a. — Les convulsions ou contractions fibrillaires spontanées se
seules, et localisées principalement au niveau des membres supérieurs
de l'atrophie musculaire idiopathique ou progressive; mais elles font to
soupçonner l'invasion de cette maladie, car on les constate aussi, chez
nerveux très-excitables, comme troubles musculaires tantôt passagers
muscle, tantôt plus ou moins permanents et plus étendus, comme je l'
aux membres inférieurs d'un malade atteint de douleurs névralgiques ch

b. — Parmi les convulsions toniques ou contractures, il en est quel
caractéristiques. Telles sont, parmi les contractures localisées : la
simple, occupant ordinairement un des membres inférieurs; les contra
spasmes dits *fonctionnels*, qui comprennent la *crampe des écrivain*
je l'ai dit précédemment; les CONTRACTURES IDIOPATHIQUES DES EXTRÉ
montrant par accès irréguliers comme les crampes simples, d'abord
mains, qui se contractent en cône, et au niveau des orteils; le *trismu*
le premier signe du tétanos dans la plupart des cas, mais que l'on a v
aussi d'une *angine syphilitique* (Deville, *Soc. anat.*, 1845). Telles
les *contractures permanentes locales*, dont la nature est encore inc
qui occupent les régions les plus diverses. Ces contractures localisées fo
d'un article à part (*Voy.* CONTRACTURES).

Plus ou moins généralisées, les contractures ou convulsions tonique
risent plusieurs maladies. — En première ligne on rencontre la CATALI
ne peut être méconnue à première vue. — Le TÉTANOS a aussi pour
essentiel des convulsions franchement toniques; son début par les mu

…, et les convulsions idiopathiques de la face, dont je dois rappeler
…incipales particularités.

…nvulsions idiopathiques de la face sont aujourd'hui une maladie bien
…depuis que Ch. Bell a fait connaître les fonctions motrices de la sep-
…re de nerfs et depuis les travaux de Marshal-Hall, de Romberg, et sur-
…rançois (1843). Ces convulsions, bornées à un côté de la face, et dont
…est inconnue (sauf dans les cas où l'action du froid en est l'origine),
…rquables par leur innocuité, mais aussi par leur persistance indéfinie.
… intermittentes, cloniques, variables d'intensité, tantôt rapides, tantôt
… pendant quelques secondes, se reproduisant à des intervalles irrégu-
…montrant à la fois ou irrégulièrement au niveau des muscles du front,
…ils, des paupières, du nez, de la joue, des commissures des lèvres, de
… du menton et du peaucier. La *mastication* reste libre, mais la *parole*
…*ension des aliments* sont gênées. L'expression et les mouvements de
…nt naturels dans les intervalles des contractions. Dans les cas observés
…hal-Hall, il y avait *contracture* d'un côté de la face ; le sourcil était
…nez tiré en dehors, la commissure labiale en bas, et il y avait des *fos-*
…dessus du sourcil et surtout au menton.

… pas très-rare de voir prendre pour des contractures de cette espèce
…ctions normales du côté sain de la face, quand il y a *paralysie* et par
…nobilité du côté opposé. — Les *tics* dus à l'habitude se distingueront
… des convulsions idiopathiques de la face, en ce qu'ils sont soumis à
…. — Enfin les convulsions qui surviennent comme complications de la
… *trifaciale* s'accompagnent de douleur, tandis que les convulsions
…pathiques sont complétement indolentes.

…nvulsions cloniques *généralisées* comprennent la plupart des convul-
…s sympathiques (suites d'émotion morale, de douleur vive, etc.), et
…ent, comme principal symptôme, la CHORÉE et l'HYSTÉRIE.

Très-souvent on rencontre des convulsions à la fois toniques et cloniques
… n'est pas toujours reconnue aisément. Elles comprennent une classe

Les convulsions externes peuvent faire craindre aussi comme complic l'apparition de spasmes graves, comme ceux de la glotte ou du diaphragme, suffisent pour causer la mort.

Pour compléter cet article, *Voy.* CONTRACTURES et SPASMES.

COQUELUCHE. — Cette maladie, qui se rencontre principalement les enfants, n'est pas parfaitement connue dans sa nature. Pour l'imm majorité des médecins, qui partagent l'opinion de Blache (*Arch de* m 1833, t. III), c'est une névrose des organes respiratoires. G. Sée, avec F Neumann, Rokitansky, Volz, Requin, la considère comme une maladie s *fique*, devant être rapprochée de la rougeole (*Arch. de méd.*, 1854). Pour ques-uns, c'est une inflammation, et pour Gendrin et Beau ce n'est que *flammation des ventricules du larynx*. Cette dernière opinion a été sou avec talent par Wannebroucq (*Thèse*, 1859). Mais H. Turner a rappo fait contradictoire et très-probant (*Edinb. med. Journ.*, 1865). Je dois a que la nature contagieuse de la maladie ne s'accorderait pas avec la t de l'inflammation glottique. Cette contagion s'expliquerait, selon Poul Lyon), par la présence dans l'air expiré des infusoires microscopiques : le *punctum* ou le *Bacterium termo* (*Acad. des sc.*, 1867); c'est un fait à v

1° *Éléments du diagnostic.* — On a divisé la coqueluche en trois pé mais il n'y en a en réalité que deux bien distinctes : une première qu qu'une simple bronchite précédée ou non de fièvre, et une seconde seule caractéristique. C'est dans cette seconde période, en effet, que se trent les *quintes* ou *paroxysmes* qui se répètent à des intervalles irrég plus souvent la nuit que le jour (Trousseau), et que caractérise une toux quinteuse, dont les secousses expulsives se succèdent sans interruption, j ce qu'une inspiration sifflante vienne les interrompre, pour être aussitôt d'une nouvelle série de secousses expiratoires qui amènent enfin l'exp comme convulsive de mucosités filantes, et assez souvent aussi des al contenus dans l'estomac. Pendant ces quintes, qui peuvent durer moins minute ou se prolonger davantage, jusqu'à un quart d'heure, on cons gonflement et la congestion considérable de la face, et les signes d'une cation imminente, pendant laquelle il survient quelquefois des *hémorrh* par le nez (le plus souvent), par la bouche, les yeux, les oreilles (T Gibb), des *ecchymoses* sous-conjonctivales ou sous-cutanées (Troussea même des *hématémèses*, qui pourraient bien n'être que des épistaxi déglutition du sang passé dans le pharynx. On a noté aussi comme conséqu de ces accès une sueur abondante et froide, parfois des *convulsions*, syncopes chez l'adulte (Blache). Pendant les paroxysmes, l'*auscultation* plus entendre la respiration vésiculaire ; mais, dans les intervalles, on co fréquemment des râles muqueux ou sonores disséminés, et en même tem la *percussion*, une sonorité tympanique, parfois extrême, de la poitrine. la fin de la maladie, les paroxysmes perdent peu à peu leurs caractères, toux redevient celle de la bronchite simple.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de la coqueluche à la mière période ne saurait être établi d'après les signes du catarrhe bronch qui seul la caractérise. L'existence de la bronchite peut seulement faire s çonner la maladie si le sujet est placé dans des conditions telles qu'il soit e à la contracter ; mais ce n'est que lorsque la deuxième période se dessine, n'est plus permis de douter de l'existence de la coqueluche.

Lorsque l'on a été témoin d'un accès de coqueluche, rien n'est plus fa en effet, que de reconnaître la maladie confirmée. L'interruption de la q

en croyait plusieurs auteurs allemands, on aurait un excellent signe
ıeluche dans l'existence habituelle d'une vésicule à la face inférieure
ɥue. Gamberini, de Milan, prétend l'avoir constatée dans la généralité
le coqueluche qu'il a observés en une dizaine d'années (*Ann. univers.*
, 1854). Le docteur Jules Charles, en France (1864), en aurait constaté
ɪı en travers ou sur les cotés du frein de la langue. Elle s'est rencontrée
-quatre fois sur cent observations; elle est attribuée par l'auteur à l'in-
au nombre des quintes, et surtout au frottement de la langue sur les
ulcérations serviraient au diagnostic à défaut de quintes caractéristiques.
on redoutera l'invasion des phénomènes caractéristiques de la coque-
ɾe de un à cinq ans sera celui pour lequel il y aura le plus à craindre,
ar exception qu'on rencontre la maladie chez le nouveau-né (Barthez et
chez l'adulte. La nature épidémique et contagieuse de la maladie, sa
ɔlusieurs semaines à plusieurs mois, et la rareté extrême des récidives,
particularités qu'il ne faut pas oublier. La rareté des récidives,
fait remarquer Wannebroucq, doit faire rejeter l'existence de la coque-
ıs les cas douteux observés chez les sujets précédemment atteints de
tion. Mais comment admettre dès lors qu'une simple laryngite, qui
: selon lui la coqueluche, ne soit pas sujette à récidiver?

ı'il en soit, s'il existe des symptômes généraux au début, on peut
ıne *fièvre éruptive,* ou bien à une *bronchite simple.* La marche
de la maladie peut seule fixer le praticien dans les cas de cette
· Si l'on a vraiment affaire à une *bronchite capillaire,* et que cette
'accompagne de quintes, on peut au contraite croire à tort à l'exis-
ıe coqueluche; mais dans la bronchite capillaire quinteuse, on ne
s les caractères intermittents caractéristiques de la coqueluche, le
, l'expectoration filante, et, de plus, le bruit respiratoire est profon-
ltéré par des râles nombreux dans l'intervalle des quintes. — La

sifflement, les lésions organiques atteignant les *nerfs pneumo-gastriques* ou les filets laryngiens seuls, et dans lesquels l'existence d'une tumeur, d'un abcès ou d'une plaie, ne permet pas de méprise.

La *forme* de la maladie est sensiblement la même chez l'adulte et chez l'enfant. On admet seulement que le sifflement et le vomissement manquent plus souvent chez le premier que chez le second.

De nombreuses complications ont été observées dans le cours de la coqueluche ; elles sont utiles à rappeler. Des *convulsions générales*, des *vomissements* en dehors des quintes de toux, la *congestion pulmonaire*, la *bronchite capillaire*, la *broncho-pneumonie*, la *tuberculisation* (des ganglions bronchiques principalement), la *glycosurie* chez presque tous les sujets, suivant Gibb (*The Lancet*, 1858), l'*emphysème sous-cutané* et les *hémorrhagies* (principalement les épistaxis) au moment des accès, l'*asphyxie* avec formation de caillots dans les vaisseaux pulmonaires, des *hernies*, la *chute du rectum* : telles sont les nombreuses complications qui se peuvent rencontrer, et parmi lesquelles la congestion des poumons, la bronchite et la broncho-pneumonie sont de beaucoup les plus fréquentes. A propos des complications pulmonaires, je ne saurais omettre de mentionner la recommandation importante de Barthez et Rilliet, de n'explorer les organes respiratoires et circulatoires qu'un certain temps après les quintes, attendu la persistance des troubles immédiats qu'elles produisent, et qui pourraient faire croire à des complications qui n'existent pas.

Outre les complications véritables, il y a des maladies incidentes ou préexistantes à la coqueluche, et qui peuvent modifier cette dernière affection ou bien être modifiées par elle. Blache et Rilliet ont vu l'éclampsie être suspendue pendant toute la durée d'une coqueluche intercurrente, tandis que le premier de ces éminents observateurs a constaté que la coqueluche pouvait hâter la marche de la tuberculisation, et le second que le contagium de la rougeole et de la coqueluche pouvait agir en même temps chez les mêmes individus, les quintes de coqueluche survenant en général quinze jours à un mois après la fièvre éruptive, rarement avant l'exanthème et plus rarement encore en même temps que ses prodromes. Trousseau a cru devoir conclure des faits observés qu'un état fébrile intercurrent diminue toujours, et quelquefois suspend et guérit la coqueluche ; mais d'autres observateurs, comme Blache, Barthez et Rilliet, ont émis une opinion contraire.

Il y a encore à considérer l'existence d'*accidents consécutifs* à la coqueluche, et qu'il importe de connaître pour les rapporter, le cas échéant, à leur véritable origine. On admet comme tels la persistance d'une *toux* non spécifique, la *dilatation des bronches* et la *tuberculisation*. La recherche des antécédents donnera à ces différents états pathologiques leur véritable caractère, dans le cas où la coqueluche en aura été réellement le point de départ.

3° *Pronostic.* — Quoique la maladie qui m'occupe ait présenté une gravité manifeste dans certaines épidémies, on peut dire qu'elle est généralement bénigne, malgré sa durée quelquefois fort longue, qu'elle est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes, et en général que sa gravité est en raison des complications qui viennent s'y joindre. Parmi les complications rapidement mortelles, on compte la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie et l'asphyxie. Dans un cas de mort subite survenue pendant un accès, Barrier l'a trouvée produite par une hémorrhagie méningée. Ce n'est pas ordinairement au début de la coqueluche que se montrent les complications, en sorte que l'on doit être réservé dans son pronostic, jusqu'à la convalescence franche. La coqueluche ne se montre qu'une fois chez la même personne.

voies aériennes. On doit à Bertholle un excellent Mémoire sur ce *Corps étrangers dans les voies aériennes*, 1866), dans lequel la iagnostique est bien traitée.

TRANGERS DANS LES VOIES AÉRIENNES. — Les corps les plus divers, des plus souvent, en pénétrant dans les voies aériennes, produisent des variables suivant le lieu où ils s'arrêtent. Il y a une *toux con-* tiale, des accès intermittents de *suffocation*, un *point douloureux* ant au côté ou au poumon intéressé ; à l'auscultation, des bruits e choc, de grelot ou de soupape ; la *faiblesse* ou l'*absence du mur-* iratoire avec sonorité normale à la percussion.

emarquer que la toux initiale peut manquer si le corps étranger pidement au-delà de la glotte, ainsi que j'en ai observé un exemple aricot), ce qu'il faut attribuer à ce que la glotte *seule* est immédiate- rritable, et non pas l'intérieur du larynx et de la trachée, comme on l'a e des cannules à demeure par exemple ne déterminent pas de toux. donc pas attribuer la même importance que Bertholle à cette toux vulsive ; la menace de suffocation, avec cyanose et turgescence de la ndiquer d'emblée la pénétration, et une fois le corps étranger passé es deux bronches principales, il survient des phénomènes d'inflam- peuvent être considérés comme la maladie principale. On a cru à onie dans le fait que j'ai observé en 1865 à Cochin, et à propos du- naissance du début et de l'invasion me mit sur la voie du diagnostic : nt au moment où elle mangeait des haricots que la jeune femme avait un accès subit de suffocation, considéré par son médecin comme le e pneumonie. Le haricot expulsé par la toux le quinzième jour vint e diagnostic que j'avais porté de la présence d'un haricot dans les en me fondant sur les phénomènes du début et sur les signes très- niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, signes analogues à

l'ouverture d'un abcès que le corps étranger a provoqué, la mort surviend immédiatement ou plus tard, parfois plusieurs années après l'accident, à la suite de complications.

CORYZA (RHINITE). — Il semble que cette affection, par sa simplicité mérite à peine une mention particulière ; mais si l'on songe aux nombreuses conditions pathologiques dans lesquelles on la rencontre, il est aisé de voir qu'elle présente un grand intérêt diagnostique. Le coryza est aigu ou chronique.

I. Coryza aigu.

1° *Eléments du diagnostic.* — On sait que le coryza simple a pour principaux symptômes : une cépalalgie frontale gravative, avec ou sans phénomènes fébriles, la sécheresse et l'obstruction des cavités nasales, puis des éternuements plus ou moins répétés, le larmoiement, le gonflement du nez, l'écoulement par les narines d'un liquide d'abord séreux et âcre, qui rougit et gonfle la lèvre supérieure, et qui devient ensuite de plus en plus épais, opaque, jaune-verdâtre, à mesure que les symptômes diminuent. A la rougeur de la lèvre et des orifices des narines succède une légère desquamation.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic du coryza ne présente aucune difficulté lorsqu'il est aigu. Il n'occupe ordinairement qu'une seule des cavités nasales ; mais les signes varient suivant les parties atteintes : les yeux s'in... tent, sont sensibles à la lumière, larmoyants, si le canal nasal est envahi ; céphalalgie est intense, surtout frontale, et augmente dans les éternuments, ce sont les sinus frontaux. Si la douleur gravative et assez vive occupe la ... et s'étend aux dents voisines et à l'orbite, le sinus maxillaire est atteint. ... ce dernier cas, la douleur, parfois très-intense, prend un caractère névralg... ce qui peut tenir à l'oblitération de l'orifice gonflé du sinus ; ce qui le démo... c'est que, lorsque cette ouverture redevient perméable, il s'écoule tout à ... par la narine, avec un soulagement instantané, quelques gouttes d'un li... légèrement trouble, grisâtre, visqueux, et faisant sur le linge qu'elles emp... des taches grisâtres légèrement foncées sur leurs bords. J'ai constaté plus... fois ces particularités sur moi-même.

La cause du coryza aigu simple est utile à connaître. Il ne faut pas ou... que certaines prédispositions individuelles, les refroidissements à la tê... la pénétration de substances irritantes dans les narines, peuvent le pro... Mais le coryza aigu n'est pas toujours simple ; aussi doit-on rechercher s... dépend pas d'une autre maladie, s'il n'est pas symptomatique, en un mot.

Il peut d'abord compliquer accidentellement certaines lésions locale... fosses nasales, telles que des ulcérations, des polypes des fosses nasales, ... que ce soit le plus ordinairement le coryza chronique que ces lésions dév... pent. — Le coryza aigu est fréquent chez les *scrofuleux,* qui y sont pa... lièrement prédisposés. — Il est surtout fréquent, comme symptomatiq... survenant d'emblée, dans les fièvres éruptives, principalement dans la *roug...* rarement dans la scarlatine. L'intensité du mouvement fébrile, qui est ... d'être proportionnée à l'inflammation de la pituitaire et qui ne peut s'expl... par elle, et les autres prodromes de l'affection (le larmoiement et la ... caractéristique dans la rougeole, l'angine dans la scarlatine) aident beau... au diagnostic, surtout lorsque l'on sait que ces maladies règnent épidémi... ment. — On peut en dire autant de la *grippe* et des *diphthéries* épidémiq...

Cependant le coryza diphthérique peut se développer d'emblée d'une ma... insidieuse ; il peut être méconnu en l'absence de fausses membranes da... pharynx, et si le défaut de symptômes généraux graves et hors de propo... avec les phénomènes observés du côté des fosses nasales ne fait pas au m...

ment induire en erreur, si l'on ne songeait pas à ces maladies.
ns rappelé plus haut les phénomènes particuliers qui résultent du *siége* e l'inflammation de la pituitaire. Son *degré* d'intensité ne présente rticulier. Mais ses *complications* méritent d'être rappelées; on peut, nstater, comme conséquence d'un coryza aigu, la *névralgie trifaciale* effet aussi bien qu'une cause de coryza), l'*hémiplégie faciale*, et, veau-né, comme l'a vu trois fois Salathé, le *spasme de la glotte*.
ostic. — Le coryza aigu, à part celui qui dépend de la diphthérie rve, est une affection bénigne chez l'adulte. Cependant on voit quelcéphalalgie persister longtemps au niveau des sinus frontaux, et ne par l'expulsion fortuite d'une masse compacte de mucosités infectes temps obstrué ces cavités.
a aigu simple n'est pas, pour les *nouveau-nés*, une affection aussi léur les adultes, en raison de l'étroitesse des cavités nasales et des conratoires des jeunes enfants; il en résulte que les mucosités s'accumula respiration, devenant difficile, gêne la succion du mamelon. Dans es, cette succion s'accompagne d'une véritable menace d'*asphyxie*, et bserver de l'assoupissement, de la prostration, de légères convulsions mort. Le praticien doit donc être réservé dans son pronostic, lorsza présente une certaine intensité chez les enfants à la mamelle.

yza chronique.

a chronique, qui est apyrétique et de longue durée, s'accompagne ême lorsqu'il est léger, d'une altération de la voix : elle n'est pas pure ue très-facilement (J. J. Cazenave). Lorsqu'il est simple et que la nasale est très-abondante, on a fait la remarque qu'il peut produire rissement, qu'on serait tenté d'attribuer à une cause organique grave.
nt capital du diagnostic est de déterminer la cause du coryza lorsqu'il est symptomatique, ce qui arrive le plus souvent. Si l'excréest d'une fétidité repoussante, il sera facile de la rattacher à l'*ozène*

moins au bout de quelques jours; le liquide devient sanieux, sanguinolent, et, suivant Diday (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854), il se forme incessamment des croûtes qui obstruent les fosses nasales. Dans sa marche lentement croissante, ce coryza a moins de tendance à gagner les parties extérieures (où l'on peut pourtant voir, au voisinage des narines, des fissures, des pustules, des ulcérations) qu'à pénétrer profondément vers le pharynx, le voile du palais et même le larynx, où des ulcérations peuvent se former. Les os s'altèrent à leur tour; ils peuvent être expulsés par fragments, et il en résulte : soit l'aplatissement du nez, soit la perforation de la cloison nasale, que l'on peut constater par l'inspection (Diday). Le diagnostic peut d'ailleurs être facilité par la coïncidence d'autres accidents syphilitiques.

CÔTES. — *Voy.* INTERCOSTALES (Régions), et INSPECTION de la poitrine.

COU. — La multiplicité des organes dont le cou se compose rendrait compliqué l'exposé des signes qui peuvent s'y rencontrer. Il est en général facile d'en constater la localisation dans chaque organe de cette région, dont il est spécialement question dans le cours de cet ouvrage. Il y a un petit nombre de signes qu'il n'est quelquefois difficile d'y localiser anatomiquement au premier abord, comme les *souffles vasculaires*, l'énorme tuméfaction du cou qui accompagne des *diphthéries* très-graves et qui ne tient pas seulement au gonflement des ganglions cervicaux, certains ABCÈS profonds qui viennent se montrer dans cette région, et enfin les signes qui siégent au niveau de la colonne vertébrale cervicale ou dans les muscles qui s'y insèrent, dans les affections diverses comprises sous le nom de TORTICOLIS.

COUENNE. — *Voy.* SANG.

COURBATURE. — Un sentiment de fatigue excessive, d'abattement, de brisement au niveau des muscles, caractérise la courbature. C'est un état passager qui survient chez l'homme bien portant à la suite d'un exercice ou d'un travail forcé, et qui se montre aussi comme phénomène pathologique au début et dans le cours d'une foule de maladies. Dans ce dernier cas, la courbature n'a une certaine valeur diagnostique qu'au début des maladies aiguës, lorsqu'elle se joint à un état de malaise général, à de l'anorexie, à des frissons erratiques, etc., en un mot aux signes d'un état fébrile plus ou moins bien accusé; mais elle se montre aussi bien dans des maladies légères que dans des maladies graves. On a également donné le nom de courbature à la fièvre éphémère (*Voy.* ce dernier mot).

COXALGIE. — Cette affection, quoique chirurgicale, doit être rappelée ici comme l'une des manifestations de la scrofule. De plus, il peut arriver que dans la CONTRACTURE idiopathique des extrémités (Rilliet et Barthez), et dans l'hystérie, il survienne dans l'un des membres inférieurs un état douloureux qui simule parfaitement la coxalgie. Alph. Robert et d'autres auteurs ont cité des cas d'hystérie de cette espèce. La malade de Robert, étant dans le décubitus sur le dos, avait son membre inférieur fortement étendu et son pied tourné dans la rotation en dedans; elle ne pouvait faire le moindre mouvement, et poussait des cris perçants dès qu'on voulait mouvoir le membre. La possibilité de tous les mouvements de flexion, d'extension, etc., *pendant l'anesthésie par le chloroforme*, que Barthez et Rilliet avaient déjà conseillée comme moyen diagnostique de la coxalgie simulée, démontra la nature simplement nerveuse de l'affection.

CRACHATS. — On doit comprendre cette expression dans son sens le plus étendu, et l'appliquer aux matières plus ou moins liquides ou tenant des corps solides en suspension, et qui sont rendues par la bouche par expectoration, par exscréation ou par simple expuition. On sait que l'*expectoration* est caractérisée

cnats provenant 1° des voies aériennes profondes, 2° des fosses ils tombent dans le pharynx, 3° du pharynx lui-même, 4° de la
iit diagnostique le plus général, en effet, est la matière rendue; et ion du siége ou de la provenance anatomique, d'après ses caraccisément un des points les plus importants à établir au lit du mal'on suppose déjà fait en adoptant la division qui précède.

res. — Les crachats diffèrent par leur volume, leur couleur, leur eur odeur, leur saveur et leur composition; mais tous ces caracs une égale importance.

des crachats est très-variable, et, à cet égard, ils ne présentent ulier à signaler, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les nis. Dans ce dernier cas, le plus favorable à l'exploration, leur ueilli dans un vase peut donner une idée, sinon du volume, du uantité de matières crachées dans un temps donné, ce qui est plus tre. — Leur *couleur* est tantôt nulle, le liquide étant aqueux et et tantôt grisâtre, opaline, ou opaque et blanchâtre, jaunâtre, jaunelus ou moins jaune vif, jaune-rougeâtre, rose ou rouge plus ou usqu'à la couleur du sang pur, rutilant ou noirâtre; parfois ils sont uleur chocolat. La couleur est tantôt homogène et tantôt multiple n même crachat. — Leur *consistance* est un de leurs principaux lle est également très-différente suivant les circonstances, depuis ueux et plus ou moins limpide jusqu'à la matière presque solide ou ètement solide; la viscosité des crachats est un état intermédiaire leur diagnostique incontestable lorsqu'il s'y joint d'autres signes, rappellerai plus loin. — L'*odeur* des crachats est tantôt nulle, douceâtre, d'autres fois nauséabonde, et parfois pénétrante, gan- ressemblant à celle des matières fécales. — Quelquefois ils ont légèrement sucrée, salée, etc., mais ces sensations exprimées par n'ont le plus souvent aucune valeur pratique; il n'en est pas de



Le *mucus*, qui constitue souvent à lui seul les crachats et qui est fourni par les muqueuses, ou plutôt par les glandes qui leur sont annexées, est transparent ou demi-transparent grisâtre, et d'une consistance variable, visqueuse, gluante, ou plus ou moins dense, viscosité qu'il doit à la *mucosine;* le mucus montre au microscope, non pas des globules, comme on l'a dit, mais des cellules d'épithélium pavimenteux ou cylindrique, des gouttes graisseuses, des granulations moléculaires, des vibrions ou autres infusoires lorsqu'il n'est pas renouvelé (Ch. Robin). On a considéré comme simplement muqueux les crachats jaunes, jaune-verdâtres plus ou moins opaques qui ont de la ressemblance avec le pus, qui doivent réellement cet aspect au pus lorsqu'ils en contiennent des globules.

Le *pus* est presque toujours plus ou moins mélangé au mucus dans les crachats d'aspect puriforme (muco-pus), et c'est le mucus qui leur donne leur viscosité et les fait flotter à la surface de l'eau. Lorsque les crachats sont entièrement purulents, ce qui est rare, ils sont fluides, en une masse homogène mise à l'eau, qu'ils troublent et dont ils gagnent le fond ; ils forment avec l'ammoniaque une espèce de gelée transparente incolore d'une grande ténacité (Thompson), et ils offrent au microscope des globules de pus ou des leucocytes, qui distinguent le pus du mucus.

La *sérosité*, dont la quantité varie dans les crachats, se sépare de leurs parties plus compactes lorsqu'ils sont réunis dans un vase, et l'on a tiré de la présence de ces parties plus compactes à la surface ou dans le fond du liquide des indications sur leur nature. Quoique fondée dans un certain nombre de cas, dans ceux où les crachats contiennent de la matière tuberculeuse, par exemple, cette appréciation n'est pas rigoureusement exacte, car un crachat épais de même nature peut être tantôt plus léger et tantôt plus pesant que la sérosité, suivant la plus ou moins grande quantité de mucus ou d'air qui lui est incorporée.

La présence du *sang* donne aux matières crachées plusieurs aspects différents lorsqu'il n'est pas immédiatement reconnaissable par son isolement en stries, en caillot, ou en masse constituant seule les crachats. Incorporé à ces derniers en plus ou moins grande quantité, le sang leur donne une teinte rosée à peine sensible ou plus ou moins foncée s'ils sont opaques, ou bien une couleur jaune clair, orange, safran, s'ils sont visqueux et demi-transparents; parfois ils présentent un aspect brunâtre. On ne saurait trop recommander de ne pas confondre avec du sang les matières colorées provenant des médicaments que l'on donne aux malades (le kermès, l'extrait de ratanhia, par exemple), et qui, s'attachant aux parois du pharynx, en sont expulsées ensuite. Le microscope, montrant dans les crachats des globules sanguins, est d'ailleurs un excellent moyen d'y reconnaître la présence de sang dans les cas douteux.

Parmi les autres éléments que les crachats peuvent présenter, les uns se reconnaissent à première vue, soit parce que leur aspect est caractéristique, soit parce que l'on a constaté déjà la présence de ces éléments dans la bouche ou le pharynx; les fausses membranes, certaines altérations organiques, des matières alimentaires, etc., sont dans ce cas. D'autres demandent un examen plus approfondi, et, dans les cas douteux sur la nature des matières rendues, les réactifs chimiques et l'examen microscopique seront d'un grand secours. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler la bile qui, à première vue, par la coloration jaune qu'elle donne aux crachats, fait croire quelquefois à la présence du sang; encore la sérosité des kystes hydatiques; les détritus véritablement gangréneux et difficiles à distinguer à première vue des fausses membranes colorées par le sang, et des concrétions solides plus ou moins ramifiées. On a cru d'abord que la matière tuberculeuse était reconnaissable à des caractères propres, mais on

s nasales, des cavités et des conduits aériens, mais encore dans l'œsophage ême dans les parties plus profondes du tube digestif, ou dans d'autres es plus ou moins éloignés. Dans ces derniers cas, il s'établit, à un moment , une communication morbide accidentelle avec les cavités aériennes ou tie supérieure du tube digestif, et il s'y déverse des matières qui viennent ontrer au dehors. Voyons comment on peut arriver au diagnostic de ces ions nombreuses en prenant les crachats pour point de départ.

us devons d'abord faire observer que, dans une foule de circonstances, la r séméiologique des crachats devient trop secondaire pour attirer l'attention manière spéciale : c'est lorsqu'ils constituent un élément de diagnostic vement peu important en présence des autres signes d'une maladie d'ail- très-évidente, que la lésion soit immédiatement visible comme dans les ions de la bouche et certaines affections du pharynx, ou que cette lésion lus profonde.

s en dehors de ces faits, il en est d'assez nombreux dans lesquels les ats sont d'abord les seuls signes qui peuvent conduire au diagnostic, ou ls soulèvent par leur apparition dans le cours d'une maladie un nouveau ème à résoudre, soit qu'ils annoncent une complication particulière, soit suffisent pour faire revenir sur le diagnostic déjà porté, ou au contraire le justifier complétement. Dans ces différentes circonstances, l'étude des ats est d'une utilité incontestable. Or, avant de chercher à déterminer la tion pathologique de leur apparition, le praticien doit se demander *de organe ils émanent*, déterminer en un mot leur siége anatomique primi- uis faire de cette détermination la base de ses inductions diagnostiques.

nature même du crachat suffit assez souvent pour révéler son origine. d'autres fois, le problème à résoudre présente des difficultés, et il faut en her la solution dans les antécédents et dans l'état actuel du malade; les tions accessoires qui se rattachent à l'expulsion des crachats sont aussi des nts très-importants de diagnostic et qu'il ne faut pas négliger. J'ai déjà

est plus de même si les mucosités s'écoulent lentement des cavités nasales dans le pharynx. C'est surtout quand il s'agit de crachats sanguinolents qu'il est important de rechercher si le sang provient ou non des fosses nasales.

On est embarrassé quelquefois pour savoir si des mucosités plus ou moins filantes et rendues par expuition proviennent ou non des *voies digestives profondes*. Mais il ne peut y avoir de doutes sur cette provenance si les mucosités sont assez abondantes, si elles contiennent des parcelles alimentaires ou de la bile, et si le malade sent parfaitement les liquides arriver dans le pharynx immédiatement après un effort de vomiturition ou de vomissement.

Les crachats des *voies respiratoires* sont aisément rapportés à leur véritable source, car ils ne peuvent être lancés dans le pharynx ou dans la cavité buccale que par la toux ou par une expiration ordinairement forte et brusque, et le malade a parfaitement conscience de leur expulsion. Souvent d'ailleurs l'aspect des crachats eux-mêmes, les symptômes fonctionnels et les signes physiques ne permettent pas de douter de cette origine. Cependant il est une question dont la solution importe beaucoup au diagnostic et qu'il n'est pas toujours facile de décider ; c'est celle de préciser la partie des voies respiratoires où se fait l'exsudation. Le malade signale quelquefois un point particulier de la poitrine d'où il sent, dit-il, se détacher les crachats; mais c'est là un élément trompeur de diagnostic. Les signes physiques, le siége des râles perçus par l'auscultation surtout, sont, avec les autres phénomènes de la maladie, les meilleurs guides pour cette détermination.

S'il est ordinairement facile de reconnaître que les crachats proviennent réellement des cavités buccale, nasale, ou des conduits aériens, il ne l'est pas toujours de décider qu'ils sont formés dans le *pharynx*. Cette cavité est, en effet, l'aboutissant commun des fosses nasales, du tube digestif et des voies aériennes sus-épiglottiques. De plus, la présence seule des mucosités dans le pharynx suffit quelquefois pour provoquer de la toux ou des efforts de vomissement, et l'on pourrait croire alors que ces mucosités proviennent du larynx ou de l'œsophage. Cependant, lorsqu'il n'existe aucun signe de lésions dans les voies digestives ou respiratoires, les signes locaux qui existent du côté du pharynx, et l'excréation qui en expulse les matières sécrétées démontreront que ces matières en proviennent. Il n'y a aucun doute à cet égard lorsque l'exscréation chasse de petites masses concrètes, de la grosseur d'un petit pois, de couleur grisâtre, de la consistance du suif, d'une odeur repoussante lorsqu'on les écrase, et qui sont fournies par les lacunes des amygdales.

Enfin il peut arriver que les crachats proviennent d'organes plus ou moins éloignés de ceux dont il vient d'être question, par suite d'une *communication morbide* avec les cavités aériennes; mais il est rare que cette communication ne soit pas brusque et que les matières rendues ne soient pas en grande abondance, ce qui donne un cachet particulier à ces accidents (*Voy.* PERFORATIONS, RUPTURES). Dans les cas exceptionnels où le conduit de communication ne laisse passer qu'une petite quantité de liquide, la nature de ce liquide et ses éléments histologiques, rapprochés des symptômes ou signes qui peuvent exister déjà au niveau d'un organe, suffisent ordinairement pour en faire déterminer l'origine. C'est ce qui arrive pour des collections purulentes, pour des kystes

Le siége de production des crachats étant établi, on est sur la voie du diagnostic de la maladie principale ou secondaire qui en est l'origine, et nous n'aurions qu'à renvoyer aux mots PHARYNX, FOSSES NASALES, RESPIRATOIRES (Organes) pour faire compléter le diagnostic, si les crachats expectorés n'étaient, dans certains cas de diagnostic difficile, les seuls signes sur lesquels on puisse

prononcer, ou bien si, dans une affection connue, ils n'indiquaient riodes en particulier.

rachats rendus par expectoration, ceux qui sont muqueux se ren- :ipalement dans la congestion pulmonaire, dans la bronchite aiguë , mais ils peuvent se montrer aussi dans le cours de certaines de la phthisie pulmonaire encore peu avancée, et dans plusieurs ns : toutes les fois, en un mot, qu'il y a sécrétion exagérée de la onchique, soit par inflammation, soit par simple excrétion non , ce que les crachats seuls ne permettent pas toujours de recon- . excepte la pneumonie, dans laquelle les crachats ont une impor- ière, et la simple bronchorrée dans laquelle la sécrétion bronchique sparent est le seul symptôme, il y a ordinairement d'autres éléments qui donnent aux matières expectorées une valeur secondaire.

s de la *bronchite aiguë* sont d'abord transparents et plus ou réunis en masse, ils forment un liquide plus ou moins visqueux, tant plus spumeux à sa surface que les mucosités ont été plus tées avec l'air dans les voies aériennes. Plus tard, les crachats us opaques, jaunâtres ou jaune-verdâtres, puis leur viscosité aug- :me temps qu'ils diminuent de quantité. C'est à cette seconde bronchite aiguë, ou comme élément habituel de la bronchite ou :hroniques, que les crachats muqueux avec ou sans pus peuvent ceux de la *phthisie;* et c'est surtout dans les cas où la bronchite liée à une *dilatation des bronches* que cette confusion est facile.

micros- crachats its peut cas faire nfusion. de ces d'après nil, aux- :mprun- :i-contre *sie pul-* des cel- ques dé- tendues, u colloï- ucocytes antité. *phthisie* , les ma- ctorées :s-mêmes néiologi- squ'elles des frag- substance

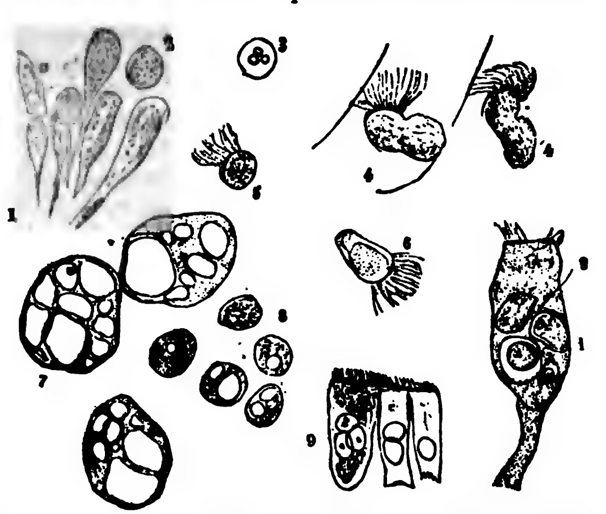


Fig. 20. — 1, cellules prismatiques; 2, leucocyte avant l'addition d'acide acétique; 3, leucocyte traité par l'acide acétique; 4, mouvements d'une cellule cylindrique à cils vibratiles expectorée; 5, portion d'une cellule cylindrique devenue sphérique, analogue à un leucocyte et ayant conservé ses cils vibratiles; 6, fragment d'une cellule cylindrique avec ses cils vibratiles; 7 et 8, grandes cellules cylindriques et leucocytes devenus vésiculeux ou caloïdes; 9, épithélium cylindrique dont les noyaux se multiplient; 10, cellule cylindrique présentant plusieurs noyaux (Hérard et Cornil).

:, ou lorsque, vers la fin de la maladie arrivée à son dernier deviennent puriformes et forment une masse homogène d'un gris le et comme violeté. Il faut, dans le premier cas, se garder de

considérer comme des détritus tuberculeux toutes les stries opaques que pré-
sentent les crachats, car, dans la simple bronchite chronique, on peut en ren-
contrer d'un aspect semblable. Malheureusement le microscope ne peut, comme
on l'a cru d'abord, lever les doutes à cet égard, les tubercules n'ayant pas,
comme l'avaient pensé quelques micrographes, de caractère spécial. L
attache avec raison beaucoup d'importance aux crachats striés lorsque l'on con-
tate en même temps les signes d'une caverne tuberculeuse. Il signale
l'importance diagnostique de la forme arrondie, pelotonnée des crachats
ques des phthisiques, même comme premier indice de l'affection tubercu
tout en reconnaissant qu'il y a des exceptions. Le même observateur fait re
quer aussi qu'à un moment donné de la seconde période de la phthisie, il p
y avoir expectoration d'une énorme quantité de crachats comme purifor
provenant probablement des cavernes existantes et des bronches, sans que l
puisse l'attribuer à une masse de tubercules ramollis ou bien à une vomi
ouverte dans les bronches (*Rech. sur la phthisie*, 1843). Très-rarement
trouve dans les crachats des phthisiques des débris visibles du poumon, et
tout des calculs. Cependant le microscope, en permettant d'y constater la
sence de fibres pulmonaires mélangées à des globules purulents, fournit la
leure preuve de la fonte du tissu pulmonaire, *fig.* 21.

Le même signe s'observe dans la gangrène du poumon. Enfin, des concré
solides ou des corps étrangers
pénétré accidentellement dans les
aériennes, viennent parfois éclaire
diagnostic, obscur jusque-là, lorsque
concrétions ou ces corps sont exp
avec les crachats.

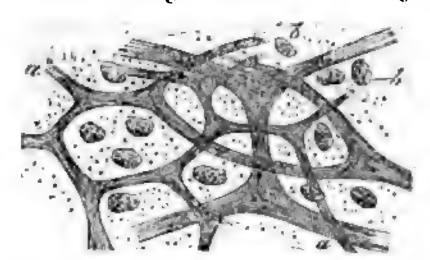


Fig. 21. — Tubercules : paquets de fibres pulmonaires rejetés par l'expectoration (Lebert, *Anatomie pathologique*).

Lorsque, dans la *dilatation*
bronches, l'expectoration ne se fait
franchement par crises caractéristi
survenant principalement une ou
fois par jour, et remarquables par l'a
dance des matières expectorées, ce
ci présentent des caractères qui peuvent être confondus avec ceux des crac
de la bronchite chronique simple ou des crachats des tuberculeux. Barth, q
étudié la dilatation des bronches avec tant de soin, n'a trouvé comme caract
distinctifs que ceux qui sont classiques en quelque sorte, et qui, n'étant
constants, ne peuvent par conséquent s'utiliser dans tous les cas. Il en est
même de ce fait qu'il signale, à savoir que, « dans la phthisie, les crachats
vent isolés, souvent pelotonnés, plongent habituellement sous l'eau, ou lais
détacher, par l'agitation au milieu du liquide, des grumeaux épais qui se pr
pitent rapidement au fond du vase ; tandis que, dans les dilatations des br
ches, les crachats, ordinairement fondus les uns dans les autres, forment
masse de muco-pus qui, mise dans l'eau, surnage en nappe ou s'y enfonce
lement en partie sous forme d'un nuage demi-opaque, et ne laisse détacher
des parcelles, des filaments qui gagnent très-lentement le fond de l'eau
(*Mém. de la Soc. d'observation*, t. III).

Si les *crachats sanguinolents briquetés* se rencontrent dans la pneum
aussi bien que dans la bronchite aiguë, dans l'apoplexie pulmonaire, et d
des cas de simple exhalation sanguine combinée à des mucosités bronchiq
il n'en est plus de même des crachats *visqueux*, de couleur *rouillée, abric*
sucre d'orge, safranée, verdâtre, qui sont bien propres à la pneumonie.

l nu, mais surtout en étalant les crachats sur une plaque de verre noir, avoir fait séjourner dans l'eau.

i pas plus loin dans cette étude séméiologique des matières expecto- e saurais mieux terminer qu'en recommandant la lecture de l'excellent e Martineau a publié sur le même sujet (*Nouv. Dict. de méd. et* ., art. CRACHATS, p. 178.)

HOTEMENT. — *Voy.* RAGE.

IPES. — *Voy.* CONVULSIONS (p. 239) et CONTRACTURES (p. 232).

E. — Les parois osseuses du crâne empêchent que son volume varie upart des lésions des parties qui y sont contenues. Si l'on excepte les artielles qui sont du domaine de la chirurgie, l'hydrocéphalie seule signalée comme origine d'une ampliation générale et parfois énorme crâniennes, se produisant dans l'enfance avant l'ossification des su- pouvant persister jusqu'à l'âge adulte (*Voy.* HYDROCÉPHALIE).

les symptômes qui siégent au niveau du crâne et qui intéressent le je dois signaler : les différentes *douleurs*, dont le siége au niveau des , des parois osseuses ou des organes intra-crâniens, doit être recher- soin (*Voy.* CÉPHALALGIE); la *tuméfaction œdémateuse et inflamma-* survient par suite de l'extension au cuir chevelu de l'érysipèle de la diverses autres lésions que l'on rencontre sur le cuir chevelu avec une igu ou chronique, comme les *abcès* symptomatiques, les *pustules neuses*, les différentes *éruptions* qui affectent de préférence cette la surface cutanée, et que l'on a particulièrement désignées sous le EIGNES.

pation, et surtout l'*inspection* des parties à l'œil nu, celle des produits ques et des cheveux au *microscope*, sont les moyens mis en usage ueillir les éléments directs du diagnostic.

QUEMENT. — *Voy.* RALES et FROTTEMENT (Bruit de).

PITANT (Râle). — *Voy.* RALES.

des conditions absolues. On sait que la plupart des crétins, mais n
un goître plus ou moins volumineux.

CRI. — Le cri n'a de valeur symptomatique que chez les enfar
melle, qui n'ont pas, ainsi que les individus plus âgés, la voix artic
moyen d'expression. Billard et, après lui, Valleix et les observa
sont occupés à décrire les maladies des enfants nouveau-nés, ont dé
qui n'a réellement d'importance que dans un nombre limité de con

Après avoir rappelé les causes accidentelles qui provoquent
l'enfant nouveau-né, Billard l'a considéré suivant sa forme, son
durée; mais on peut négliger cette dernière considération comu
importante. Billard a insisé avec raison sur la distinction du cri dan
et de celui de la *reprise* qui a lieu dans l'inspiration. Quand le t
est altéré, il faut observer avec attention si c'est la reprise ou le cri
dit qui offre l'altération.

Lorsque la reprise seule se fait entendre, et que le *cri est éto*
pénètre pas ou pénètre peu dans les poumons; on doit avoir alor
la preuve très-probable d'un engouement ou d'une inflammation d
ou bien le signe possible de l'inflammation de la glotte ou c
(Billard). Le *cri aigu* de la reprise se manifeste exclusivement che
proie aux douleurs d'une *angine intense*, d'une strangulatioi
produite par la présence d'un *corps étranger* dans le larynx, o
dans lequel le cri aigu a été comparé au chant du coq, sans êtı
pathognomonique.

Le cri expulsif est remarquable par son acuité et son intensité
ningite, suivant Coindet, qui l'a dénommé *hydrencéphalique*, et
à tort propre à l'inflammation des méninges. Rilliet a observé des
dies catarrhales s'accompagnant dans l'enfance de somnolence et
tiques à ceux de la méningite, mais qu'il est disposé, avec Barthez
à des douleurs névralgiques violentes (*Malad. des enfants*, t. I,

Valleix (*Clin. des malad. des nouv.-nés*, 1838) a fait remarqu
est aigu, entrecoupé, faible, souvent étouffé et voilé dans tous le
et que dans le *sclérème* ces caractères sont loin d'annoncer toujo
de la glotte, comme on l'a avancé avant lui. Enfin, suivant Billard, l
ment dit serait souvent voilé seul dans les affections catarrhales des
du larynx, et le cri *chevrotant* serait peut-être un indice de l'œdème

CRISES. — On est bien loin aujourd'hui d'accorder aux cri
tance exagérée que leur attribuaient les anciens, et de leur conse
place qu'elles occupaient dans la pathologie. La théorie des jours
plus aujourd'hui qu'un intérêt historique; et, quant aux crises co
elles-mêmes, on n'appelle plus ainsi tout changement ordinairem
qui survient dans le cours d'une maladie et qui s'annonce par des
particuliers. L'étude de l'anatomie pathologique a fait justice d'un g
de ces prétendues crises, qui s'expliquent par des ruptures ou d
ments résultant simplement des progrès d'une lésion.

Étudiées d'après les faits cliniques, les crises doivent se réduire
tion d'un petit nombre de phénomènes qui ne peuvent être consid
critiques qu'à la condition de coïncider avec un amendement définitif
die, de la *juger*, comme l'on disait autrefois. Toutes les crises des an
que des évacuations plus ou moins abondantes par la peau, par les
ou par les reins, ne sauraient plus être considérées de nos jours
véritables crises. Le *transport d'une inflammation* ou d'un

ne convalescence franche; les hémorrhagies nasales ou autres qui
tement disparaître les symptômes d'une pléthore sanguine ou
ion locale; les flux intestinaux abondants, qui coïncident avec la
panchements dans les séreuses ou dans le tissu cellulaire sous-
les dépôts sédimenteux des urines, comme dans la plupart des
les, ou enfin des urines aqueuses abondantes à la fin de certains
ux (hystérie).

re d'envisager les crises paraîtra bien insuffisante à ceux qui consi-
ment comme critiques une foule d'autres phénomènes que je ne
er ici, attendu qu'ils n'ont pas véritablement le caractère de *crises*,
uis imposé de n'attacher d'importance qu'aux faits ou aux prin-
issent démontrés.

E. — *Voy.* VENINS.

— Le croup, qui est caractérisé par le développement de fausses
lans le larynx, et qui est appelé en raison de cette circonstance
udo-membraneuse ou *couenneuse*, est une des manifestations
s redoutables de la diphthérie. A ce dernier titre, et comme carac-
nsemble de phénomènes particuliers très-importants, son diagnostic
men spécial.

s du diagnostic. — Qu'il se développe par l'extension au larynx des
seudo-membraneuses primitivement développées dans le pharynx,
beaucoup plus rare, que ces exsudations se développent d'emblée
, le croup se manifeste par les caractères principaux suivants : *gêne*
respiration, manifeste par les efforts musculaires respiratoires;
pide et sifflante, expiration au contraire plus prolongée, se faisant
nt ou sans bruit; *voix* très-altérée, plus ou moins éteinte, étouffée,
même que la *toux*, qui est fréquente, déchirée, douloureuse;
n d'abord nulle, puis abondante, muqueuse, visqueuse, rarement

coloration violacée de la face, de *lividité* des lèvres, parfois *extrême* et même de *mouvements convulsifs;* ils se terminent aprè d'une demi-heure à plusieurs heures par l'expectoration de *mucosité* et filantes, ou d'une *fausse membrane*, après l'expulsion de laq peut reprendre momentanément son timbre naturel (Barthez et Rill la reproduction d'une nouvelle couenne.

2° *Inductions diagnostiques.* — Il est évident que l'ensemble d principaux du croup ne pourrait laisser aucun doute sur l'existe maladie; mais, comme j'ai eu souvent occasion de le rappeler à pro affections, ils sont assez souvent incomplets de nombre. Il y a bien pathognomonique, l'expulsion par la toux d'une fausse membrane di mais d'abord ce signe fait souvent défaut, et ensuite, lorsqu'il existe, qu'il ait sa valeur que les fausses membranes aient des dimensions e qui autorisent à les considérer comme provenant du larynx.

La présence de l'exsudat fibrineux dans le pharynx est, sans auc nature à faire attribuer au croup les accidents laryngiens conco surviennent assez souvent; cependant elle ne suffit pas pour faire ces accidents dépendent d'un véritable croup survenu par extensi dats pharyngiens, car les phénomènes asphyxiques peuvent être d causes que je rappellerai tout à l'heure.

En présence du croup survenant d'emblée, soit comme maladi soit comme affection secondaire (dans certaines rougeoles, par ex gêne rapidement croissante de la respiration, altération précitée de la toux, dyspnée bientôt compliquée d'accès asphyxiques de suffocati hésiter souvent à se prononcer, si l'expulsion au dehors de fausses ne vient pas révéler la nature diphthérique de la maladie laryngien gement des ganglions cervicaux qui, par sa fréquence dans la diphtl excellent élément de diagnostic dont on doit tirer parti, peut d' produit par une autre cause. C'est dans les faits de cette espèce qu' mises les erreurs qui ont conduit à trachéotomiser des enfants exempt laryngiens; et il faut avouer franchement que ceux qui ont jeté la pi confrères en pareille circonstance, n'ont nullement démontré qu mêmes conditions, ils ne fussent pas tombés eux-mêmes dans la m

Les erreurs de diagnostic sont d'autant plus faciles à comm malade est à l'âge où le croup se remarque le plus fréquemment sept ans), et qu'il règne une épidémie de diphthérie. Cette consi l'existence d'une épidémie diphthérique est très-importante, car d'expliquer, à tous les âges, l'invasion du croup, et de redouter c contagions si insidieuses, auxquelles le corps médical, dans ce années, a payé un si large tribut. D'un autre côté, la connaissance d épidémique ne devra pas faire admettre trop à la légère l'existence du qu'il n'existera pas. Des accès de toux, de suffocation et d'asphyxie à ceux du croup peuvent, par exemple, se remarquer dans les c étranger ayant pénétré dans les conduits respiratoires, comme F chez un enfant de deux ans (*Voy.* p. 248). De là la nécessité de l l'ensemble des antécédents et des phénomènes actuels, avant de se

Les prodromes ont une réelle valeur lorsque, par exemple, ils co symptômes généraux plus ou moins graves, sans lésion locale appar explique (*Voy.* DIPHTHÉRIE), et qui bientôt sont suivis de l'invasion mènes locaux de la diphthérie laryngienne. Il y a tout lieu de croire a même que se soient montrés les signes les plus caractéristiques (accès

s. — Le *coryza diphthérique* ne saurait être confondu avec la diphthé-
gienne, mais l'apparition de symptômes fonctionnels du croup dans le
un coryza couenneux bien constaté ne permettra guère de douter de la
lentique des accidents laryngiens. — Quant à la diphthérie bronchique
CHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE, elle se distinguera nettement du croup
dans les cas où il y aura netteté relative de la voix et expulsion de
embranes tubulées et ramifiées; mais en l'absence de ces caractères
, le diagnostic pourra être très-douteux. Il me semble difficile de se
r d'après le signe indiqué par Wilson, d'Édimbourg, d'une *dépression
idérable des espaces sus-claviculaires et intercostaux dans l'ins-*
si l'obstacle réside dans le larynx, et d'une dépression bien moindre
le est dans le poumon.

s localisations particulières de la diphthérie dans les voies respiratoires
venons de rappeler sont, avec le croup, des variétés de diphthéries qui
voir un signe commun : l'expulsion de fausses membranes au dehors.
me cette expulsion n'est pas constante dans la diphthérie croupale, on
l'absence de ce signe, croire à l'existence du croup en présence de
autres affections dans lesquelles ce même signe fait défaut.

la *laryngite aiguë grave* présente des exacerbations de dyspnée
nt en imposer complétement pour le croup, et à plus forte raison en
même de la *laryngite striduleuse* ou PSEUDO-CROUP. Cette dernière
été souvent confondue avec la laryngite pseudo-membraneuse. Pour
se tromper, on tiendra compte de la marche différente des symptômes
des symptômes eux-mêmes (Barthez et Rillet). Le croup est souvent
l'angine pseudo-membraneuse et de phénomènes fébriles; son déve-
t est graduel (dyspnée, voix et toux éteintes), et dans l'intervalle des
suffocation, il y a persistance de la fièvre, *sifflement* laryngo-trachéal
nence de l'extinction de la voix et de la toux. Dans le pseudo-croup,
de suffocation surviennent *brusquement la nuit,* quelquefois précédés

Enfin on a pris pour le croup des *abcès rétro-laryngiens* ou *rétro-œso-giens*, qui ne sont pas très-rares chez les enfants à la mamelle, comme ... aiguë. Dans un fait rapporté par Herff (Darmstadt), il y avait nécrose du ... lage cricoïde, et par conséquent des phénomènes locaux antérieurs qui ... jusqu'à un certain point, éloigner l'idée d'un croup (*Voy. Union méd.*, ...

En constatant l'existence du croup, il est facile d'en déterminer le ... qui n'est que celui de l'asphyxie plus ou moins avancée qu'il produit. ... a attaché à l'anesthésie, comme signe de croup arrivé à sa période ... une importance qui résulte simplement de ce que la perte de la ... annonce les progrès de l'asphyxie (*Voy.* p. 64). — Les *formes* du ... sont toutes relatives à la marche variable qu'il affecte. Il est en effet ... ou secondaire; et, dans ce dernier cas, il est le plus souvent consé... une pharyngite couenneuse ou diphthérique, et bien plus rarement ... bronchite de même nature. On a cité des faits de croup dans lesquels ... *toux a manqué* (Hache), et d'autres avec une expectoration de fausses ... branes laryngiennes à de longs intervalles, ce qui a pu faire croire à la ... d'un *croup chronique*, qui est loin d'être généralement admis.

A propos des formes de la maladie, je dois encore rappeler que, *chez l'a...* elle présente ceci de particulier qu'elle débute plus fréquemment que ... l'enfant par le mal de gorge et la gêne de la déglutition dus à une phar... couenneuse, et qu'il y a rarement soit des accès de suffocation, soit ... respiration sibilante. Parmi les huit faits recueillis par Louis (Du croup ... l'adulte, *Rech. anat. path.*, Paris, 1826), on en compte six dans le... le croup était secondaire et se montra dans le cours de maladies aig... chroniques.

Quant aux *complications* du croup, la maladie est habituellement si ... et si courte, qu'il n'en est guère qui méritent une mention spéciale, à ... *pneumonie* et le *spasme de la glotte* chez les enfants. Les autres complic... sont des accidents consécutifs : une *gène de la respiration* qui persiste ... quefois longtemps, des *accès de suffocation* résultant de la perte partielle ... mobilité et de la sensibilité des cordes vocales, une altération de la voix d... même cause, sans rappeler celles qui accompagnent la diphthérie en géné... qui lui sont consécutives (*Voy.* DIPHTHÉRIE). L'*emphysème pulmonaire* ... signalé comme très-fréquent par Rilliet et Barthez.

3° *Pronostic.* — On sait que le pronostic du croup est extrêmement gr... serait probablement mortel, en effet, dans tous les cas où on l'abandonnerait ... même. C'est du moins ce que l'on peut présumer, dans l'état actuel de la sci...

CROUTES. — Les concrétions de ce nom résultent de la dessiccation ... surface de la peau ou vers les orifices des membranes muqueuses, de li... ou de particules organiques assez variées. Les croûtes représentent une ... d'un assez grand nombre de maladies de la peau au même titre que les ... cules, les pustules, les squames. Elles sont composées, suivant Ch. Robin, ... lamelles épithéliales, imbriquées, de globules de pus, reconnaissables ... action de l'eau, puis action de l'acide acétique; quelquefois de globules ... de sang accumulés, plus ou moins déformés, de granulations graisseuses ... matière amorphe peu ou très-granuleuse. Il faut ajouter à ces éléments les ... sites végétaux qui constituent les croûtes faviques (Bazin). Les croûtes en ... ral varient de forme, de volume, de nombre, de couleur, de consistance, de ... sion aux parties sous-jacentes, et l'état de ces parties qu'elles recouvrent ... titue aussi assez souvent un caractère diagnostique plus ou moins impor...

C'est d'après l'ensemble de ces différentes données et en tenant compte ...

e leur siége dans telle ou telle région, que l'on peut déterminer de cet élément particulier des affections cutanées.

ıors de cause les croûtes qui résultent de lésions traumatiques ou continuité accidentelles, je signalerai encore comme à peu près :elles de forme ponctuée ou résultant d'éraillures de la peau que :omme signes de *prurigo*, les croûtes ponctuées qui surmontent l'*acné simplex*, celles plus étendues de l'*herpès labialis*. Quoitantes comme signes, mais très-faciles encore à reconnaître, je ›s croûtes de la varioloïde, et celles de la variole, occupant prinıce, à laquelle elles forment quelquefois un masque hideux.

encore à la *face* les croûtes ordinairement peu épaisses, occu›t le front, qui succèdent à l'érysipèle bulleux, et qu'entoure une aractéristique. Chez les enfants et les jeunes gens, on y voit celles souvent d'un jaune-verdâtre ou jaune de miel, friables, épaisses, ées d'un liquide visqueux et occupant le pourtour des lèvres, les ›is toute la face. Plus rarement, dans la *gangrène de la bouche*, croûtes au niveau des paupières, des narines, des lèvres. Le nez t aussi le siége de croûtes de *scrofulide pustuleuse* d'un jaune mme adulte, la lèvre supérieure ou le menton présentent quelûtes de *sycose* ou *mentagre* saillantes, d'un jaune-verdâtre ou aux croûtes qui se forment au niveau des cancroïdes de la face, ,daires comme signes, l'état des parties molles suffisant au dia*cuir chevelu* est souvent aussi le siége de croûtes confluentes peuvent lui former une calotte complète, de même que les conıs (*Voy.* TEIGNES), qui sont toujours caractérisées par leur ›, au moins dans quelques-unes de leurs parties. — Des croûtes aître sont celles, ordinairement minces, qui entourent une moitié d'une partie du tronc, et qui résultent d'un zona parvenu à sa ›de. — Leur siége à la vulve fait facilement reconnaître la ıtes humides et infectes qui accompagnent la folliculite vulvaire).

›ûtes qui peuvent occuper indifféremment les diverses parties du s sont larges et minces, comme celles de l'*acné sébacée*, aulles la peau est rouge, d'aspect huileux avec des orifices béants latés, ou comme les croûtes grisâtres ou d'un jaune-verdâtre de *as*. Cependant ces dernières sont quelquefois épaisses, inégales, es.

(de quelques centimètres au plus de diamètre), plus régulière-, ordinairement peu saillantes, et mélangées à des bulles ou à des ıtres, les croûtes doivent être attribuées au pemphigus. Trèsıu contraire, noirâtres, inégales, reposant sur des ulcérations elles cachent la surface, elles sont un signe de rupia ou d'ecthyma *oy.* BULLES).

›connu pour caractères des croûtes des *syphilides* (ordinairelides *pustuleuses*) d'être dures, épaisses, verdâtres, quelquefois hérentes, irrégulières et mamelonnées comme des écailles ces particularités ne sauraient être considérées comme suffiıs les cas, pour faire attribuer aux concrétions une origine syphience d'un petit liséré blanchâtre autour de la croûte serait, suisigne caractéristique en pareille circonstance.

JF (Bruit de). — *Voy.* FROTTEMENT.

CURARE. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

CYANHYDRIQUE (Acide). — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

CYANOPATHIE. — *Voy.* CHROMHYDROSE et CYANOSE.

CYANOSE. — On a fait pendant un certain temps de la cyanose u tion particulière sous le nom de *maladie bleue*, *cyanopathie*, etc., p l'on regardait ce phénomène comme l'effet de la communication mor cavités du cœur. Mais Louis (*Rech. anat.-patholog.*) a démontré l'e cette manière de voir, la coloration bleue de la peau n'étant pas la cons nécessaire de la communication signalée (*Voy.* COMMUNICATIONS M p. 217). Aussi doit-on considérer la cyanose comme un symptôme qu d'une foule de conditions pathologiques très-différentes que je rappell à l'heure.

1° *Caractères.* — La cyanose est caractérisée par une coloration bleuâtre, violacée de la peau : soit partielle, comme on le voit au ni lèvres ou de leur pourtour, au niveau des ongles, des extrémités, des p d'un seul membre ou de la moitié supérieure ou inférieure du corps, ou moins généralisée à la peau et aux muqueuses visibles. La colo ordinairement plus foncée aux extrémités et à la face que dans les autre Suivant Peacock, la couleur varie et dépend jusqu'à un certain poin de la peau. Elle serait d'un *bleu foncé* ou *noirâtre* lorsqu'elle est trè et que le corps est amaigri; *bleu rougeâtre* ou *rose foncé*, s'il y a al maigreur ou un certain embonpoint; enfin la couleur serait masqu l'œdème cutané. Je dois ajouter que la cyanose diffère complétem coloration toujours livide des colorations anomales plus ou moins bru la peau, et de celle qui est généralisée et produite par l'usage int nitrate d'argent. Par son siége dans l'épaisseur même du tégument, l ne pourrait jamais être confondue avec la couleur bleuâtre de la CHRO due à une exsudation pigmentaire s'enlevant par le frottement, et n habituellement que le pourtour des yeux.

On a rapproché de la cyanose une foule de signes que l'on doit, av raison, attribuer aux conditions pathologiques qui produisent ce p symptomatique, conditions qui ont une grande importance, comm voir.

2° *Conditions pathologiques.* — Pour bien déterminer les conditio logiques de la cyanose, il faudrait avoir une connaissance parfaite de de production. Malheureusement, malgré les importants travaux d'anatomie pathologique, c'est une question complexe qui n'est pas en faitement élucidée. On sait seulement que la condition la plus géné cyanose est la présence dans les capillaires cutanés d'un sang non l mais on n'est pas toujours d'accord sur son origine.

Il faut avant tout distinguer deux ordres de faits pour arriver à recc condition étiologique de la cyanose : ceux dans lesquels la cyanose nitale, ceux où elle est accidentelle.

a. — *Cyanose congénitale.* — Ce sont les faits de cette espèce qu décrits sous les noms de maladie bleue, de cyanopathie cardiaque, et a longtemps considérés comme dus au mélange des deux sangs veineu riel. La plupart des cas de cette catégorie, qui ont été étudiés par D au point de vue de l'anatomie pathologique (*Thèse*, 1845), s'accomp plus souvent de deux signes importants : de *souffles cardiaques*, att passage du sang par les orifices persistant entre les cavités droites e ou au rétrécissement de l'artère pulmonaire, et de *matité* étendue ré

pertrophie des cavités droites du cœur. Le souffle, la matité précordiale et stence de la cyanose depuis la naissance devront faire attribuer ce dernier nomène au rétrécissement de l'ARTÈRE PULMONAIRE, lésion que l'on a renrée dans près de la moitié des cas d'affections congénitales du cœur (70 fois 150, selon Peacock).

— *Cyanoses accidentelles*. — Ce second ordre de faits, que le plus le interrogatoire permet de séparer des précédents, s'en distingue surtout les conditions pathologiques de la cyanose. Quoiqu'il y ait le plus souvent, art et d'autre, *obstacle à la circulation*, les causes de cet obstacle sont tout s dans les cas de cyanoses accidentelles, et, de plus, il y a, dans ces derniers des troubles de l'hématose résultant d'*altérations du sang* ou de *perturms nerveuses* qui suffisent pour produire la cyanose accidentelle, sans cle au cours du sang. De là trois origines à rechercher.

rsqu'il y a obstacle à la circulation, on le trouve soit au niveau du *cœur*, lans les *poumons*, soit dans les *troncs veineux*. Dans les deux premières tions, la cyanose est généralisée; dans la troisième, elle est localisée dans rties d'où proviennent les ramifications originelles des veines comprimées litérées, et elle coïncide alors avec l'œdème, qui est même le phénomène ipal.

niveau du cœur, il est généralement reconnu que c'est par la gêne ou icle qu'elles apportent au cours du sang que les lésions de cet organe isent si fréquemment la cyanose, quel que soit le point qu'elles occupent. par les signes fonctionnels et physiques qui accompagneront la cyanose en le circonstance, que l'on sera guidé pour en placer l'origine au niveau du Il en sera de même pour les affections des gros vaisseaux. — L'obstacle au du sang qui peut, dans les cas précédents, être en deçà du poumon (au niveau os troncs veineux, des orifices des cavités droites ou de l'artère pulmo-, ou bien au-delà du poumon (aux veines pulmonaires, aux orifices des s gauches ou dans l'aorte), peut occuper le point intermédiaire, c'est-à-dire *mon* lui-même. C'est non-seulement le siége le plus ordinaire des obstala circulation sanguine, mais encore de la plupart de ceux qui s'opposent ibre pénétration de l'air dans les organes respiratoires, et qui, les uns e les autres, déterminent fréquemment la cyanose en produisant l'ase, c'est-à-dire en empêchant l'échange des gaz dans les capillaires des ons. Il me faut citer ici d'abord *toutes les affections des bronches et des ons d'une certaine gravité*, gravité qu'elles empruntent presque toujours bstacles vasculaires et surtout respiratoires qu'elles produisent, et dont la se est une des manifestations. Certaines *congestions pulmonaires*, la monie, la *bronchite capillaire*, l'*emphysème*, les *obstructions des con- respiratoires* par des mucosités abondantes, par des exsudats plastiques, In sang, par des corps étrangers, l'infiltration dans le tissu pulmonaire de uits nouveaux (*tubercules, cancer*) sont autant de conditions pathologiques peuvent déterminer l'apparition de la cyanose. Pareille chose arrive momenment (cyanose passagère) dans les fortes quintes de la *coqueluche*, dans ccès d'*éclampsie*, dans ceux dus à l'*épilepsie*. Tout *obstacle à la pénétra- de l'air* qui siége dans les conduits situés au-dessus des poumons (glotte, nx, trachée, troncs bronchiques) agit de même, qu'il occupe l'intérieur de conduits, leur épaisseur ou leur voisinage; l'*œdème de la glotte*, certaines yngites, le *croup*, la *cicatrisation d'ulcérations* des voies aériennes, des meurs les comprimant de dehors en dedans (les tumeurs du médiastin, par emple), doivent être rappelés ici. Les *épanchements* abondants de la plèvre,

surtout lorsqu'ils se font rapidement, et le développement de *tumeurs intra-thoraciques volumineuses* tendent également, en comprimant non les gros troncs aériens, mais le poumon lui-même, à empêcher la pénétration de l'air d'où résulte une ASPHYXIE graduelle, et par suite la cyanose. Le refoulement des poumons par des tumeurs abdominales agit de même.

Certaines cyanoses résultent de quelques *altérations du sang*, parmi lesquelles il faut placer celle qui s'observe dans plusieurs *empoisonnements*, et surtout dans le *choléra*, dans lequel la cyanose, le plus souvent généralisée, est remarquable. Ici le seul aspect du malade et l'existence des vomissements et de la diarrhée sont caractéristiques. Je dois rapprocher de ces faits celui de fièvre typhoïde observé par Valleix, et qui s'accompagna, dans son cours, d'une cyanose généralisée sans autre complication.

Enfin il est évident que la cyanose peut résulter aussi de certains *troubles de l'innervation* réagissant sur les mouvements musculaires respirateurs, et les rendant insuffisants. Cette insuffisance, en effet, peut entraîner une asphyxie graduelle par pénétration incomplète de l'air dans les poumons, lorsqu'une maladie du *cerveau*, de la *partie supérieure de la moelle*, ou l'*atrophie* des muscles respirateurs, paralysent l'action de ces derniers. Le même effet peut résulter aussi de la contracture prolongée de ces muscles, comme dans le *tétanos* et dans la contracture idiopathique des extrémités *généralisée*.

On voit, d'après ce qui précède, combien la cyanose a de nombreuses significations diagnostiques, mais il est clair que sa signification n'est obscure que dans les maladies qui ne sont pas révélées par d'autres symptômes ou signes bien manifestes, reléguant la cyanose au second rang.

Sous le rapport du pronostic, la cyanose a une signification d'une grande valeur lorsqu'elle est persistante. Elle est alors un signe pronostique fâcheux en raison de l'affection à laquelle elle se rattache, et qui est souvent au-dessus des ressources de l'art. Lorsqu'elle est congénitale, on voit quelquefois le malade vivre un assez grand nombre d'années, mais jamais jusqu'à un âge avancé.

CYRTOMÈTRE. — Andry et Bouillaud ont employé le nom de Cyrtomètre pour désigner un instrument destiné à mesurer le relief des saillies précordiales, en relevant la position respective de deux points extrêmes et d'un point moyen intermédiaire. Cet instrument est aujourd'hui abandonné. Cela se comprend par ce seul fait que les deux extrémités de la saillie ne sont pas des points invariables par rapport au point central, et que tous les trois subissent une ampliation ou un retrait simultanés par le fait de l'ampliation ou de la rétrocession correspondantes du même côté ou des deux côtés de la poitrine (*Voy.* MENSURATION).

J'ai donné la même dénomination de *cyrtomètre* à un instrument d'exploration tout différent du précédent par sa confection et par son usage, puisqu'il permet de relever le profil de la courbe circulaire de la poitrine tout entière à la hauteur voulue, et de tracer sur le papier cette courbe ou la coupe horizontale du thorax, en fournissant à la fois le *périmètre* et tous les *diamètres* de la poitrine. J'ai démontré, à propos de la MENSURATION, qu'il fallait tenir compte de ces deux données pour obtenir de l'*ampliation* ou de la *rétrocession* thoraciques, considérées comme signes, tout l'avantage pratique qu'on est en droit d'en attendre; or, comme le cyrtomètre seul fournit simultanément ces deux espèces de données, il constitue, suivant moi, l'instrument de mensuration le plus utile. Il peut d'ailleurs servir à relever le profil des courbes verticales du thorax, et se prête admirablement à fournir le tracé de toutes les courbes

vivant, comme je l'ai rappelé dans la Note que j'ai lue à l'Aca- decine (*Bulletin de l'Académie*, mars 1857).

iètre consiste en une tige en baleine, longue de 60 centimètres omposée de pièces articulées de 2 en 2 centimètres et à double r. 22, com- e de Vau- manière à flexion que es surfaces s on l'ap- mp, et par profil de ces surfaces. Mais comme, étant appliquée au pourtour la tige pourrait ne pas conserver son incurvation intacte du moment irée, j'y ai fait pra- ticulations particu- istent dans le sens on du cyrtomètre, u contraire très- le sens de son ig. 23. Il en ré- articulations, très- le sens de l'écar- ettent d'abord de icilement la tige rvant intactes les médiaires, puis courbe générale qu'on les fait jouer en sens contraire. Les articulations à frotte- être resserrées de temps en temps à l'aide d'une clef ou d'un

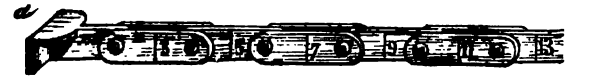


Fig. 22. — Extrémité initiale du cyrtomètre réduit de moitié. *a*, plaque transversale recourbée.

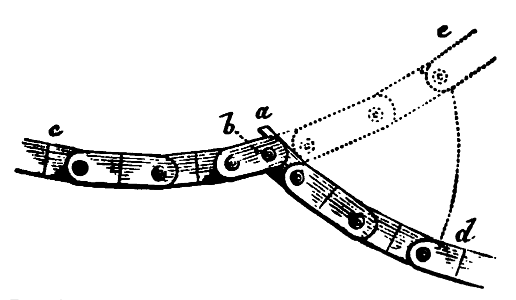


Fig. 23. — Une des deux articulations extra-mobiles destinées à faciliter l'éloignement du cyrtomètre des surfaces convexes sur lesquelles on l'applique. *c*, *e*, instrument appliqué. *c*, *d*, instrument dans l'écartement.

application du cyrtomètre, un premier procédé, que j'ai décrit e à l'Académie, consiste à obtenir successivement le tracé de e la poitrine; mais il en est un second plus simple et que je n'ai er dans cette note. C'est ce dernier que je vais décrire, en faisant les seules données de la mensuration cyrtométrique qui intéressent ont l'étendue du *périmètre* de la poitrine à la hauteur de la base sternal, et, au même niveau, l'étendue des trois *diamètres ver-*, et *vertébro-mammaires* droit et gauche.

ir simultanément ces résultats, le sujet doit être couché d'aplomb ur que les muscles soient dans le relâchement, et que les organes abdominaux n'éprouvent aucune gêne réciproque comme dans la ou assise; de plus, il doit être à jeun, ou du moins n'avoir pas s copieux, dont la présence dans l'estomac suffit pour dilater sen- base de la poitrine; enfin il ne doit pas offrir de météorisme abdo- é, qui produit un effet analogue.

ur se place à la gauche du malade, ou de préférence du côté git d'une lésion localisée de l'un des côtés de la poitrine, pour yrtomètre *de champ*, à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoï- ce d'abord un trait vertical à l'encre, ou simplement en pressant avec l'ongle au niveau de cette articulation. La main droite saisit émité initiale du cyrtomètre, *fig.* 24; elle le maintient de champ

entre les extrémités de l'index et du médius qui arc-boutent contre la t de cette extrémité, la tige étant placée du côté de la paume de la mai extrémité est alors glissée derrière le thor hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne la colonne vertébrale, *fig.* 25, *b*, où elle est nue fixée au niveau de l'épine, en deçà de appuient les doigts conducteurs. A ce propo ferons remarquer que, placé un peu plus hau peu plus bas que le niveau exact de l'arti sterno-xiphoïdienne, les résultats ne vari sensiblement.



Fig. 24. — Main droite qui maintient l'instrument contre l'épine dorsale, la pulpe des doigts indicateurs et medius appuyée contre elle comme point d'appui.

Tandis que la main droite fixe le cyrtoı arrière, la main gauche *c* applique succes sa tige de champ et au pourtour de la poitri rière en avant, en traversant au niveau, puis au-delà de la ligne tr vance au bas du sternum *a*. Cela fait, on maintient le cyrtomètre a on r le de ce qu'il au n cette au d'une tion peut quer sant mala écart quen poit parti rieur tige range trémi



Fig. 25. — Application du cyrtomètre du côté gauche. *a*, trace verticale faite au niveau de la base de l'appendice xiphoïde. *b*, bras droit de l'observateur dirigé vers l'épine dorsale. *c*, main gauche.

rieure, que l'on retire ensuite doucement en faisant soulever un pe lade au besoin.

La tige retirée est portée à plat sur une feuille de papier écolier d On l'incurve doucement jusqu'à ce qu'on arrive à la résistance des tions *mobiles*, et on la maintient par les deux extrémités, de manière correspondre au pli vertical de la feuille de papier : en bas, le point d correspondant à l'épine, et en haut, le chiffre qui indique l'étendue d mètre du côté entièrement circonscrit. La tige étant maintenue da position par ses deux extrémités, on trace avec un crayon toute la cou on a pris l'empreinte. Enfin, sans changer de côté du lit, on mesure mètre du côté incomplétement circonscrit, avec le cyrtomètre mainten main contre la colonne vertébrale, et tendu de l'autre jusqu'à l'arti sterno-xiphoïdienne.

On a obtenu ainsi : 1° le périmètre de chaque côté de la poitrine et p

à sept jours au plus, la cystite non traumatique survient le plus souvent dans le cours d'une *blennorrhagie* ou par suite de l'application récente d'un vésicatoire : circonstances étiologiques qu'il est essentiel de ne pas oublier.

2° *Inductions diagnostiques*. — La connaissance de ces données prati... rend le diagnostic de la cystite ordinairement facile. Cependant on doit demander si l'on a vraiment affaire à une inflammation de la vessie dans accidents de quelques heures qui résultent si souvent de l'application d... vésicatoire, et qui sont caractérisés par les envies fréquentes d'uriner, la d... leur et la difficulté passagère de la miction. Lorsque du sang ou du pus ... vent dans la vessie, ils provoquent les mêmes troubles fonctionnels; peut... encore dire qu'alors il y a cystite ? Il est difficile de l'admettre, comme ... d'affirmer qu'il y a simple congestion. De ces troubles fonctionnels légers j... qu'aux accidents les plus prononcés qui caractérisent manifestement la cy... il y a un enchaînement qui ne permet pas de préciser le degré où comm... vraiment l'inflammation.

Quoi qu'il en soit, la cystite aiguë une fois admise, il faut remonter à ... cause, d'où résulte la forme ou la physionomie différente de la maladie. ... d'abord je dois rappeler qu'en dehors des faits les plus ordinaires dus à l'ex... sion de la blennorrhagie ou à l'influence d'un vésicatoire, la cystite aiguë p... résulter de l'ingestion de la poudre de cantharides dans l'estomac, de l'ex... sion à la vessie d'une inflammation occupant l'utérus, le rectum, le périto... et qu'elle est parfois aussi la complication d'une fièvre continue. Cepen... on rencontre des cas exceptionnels, dans lesquels il est impossible de dé... vrir l'origine de la cystite, et ces faits douteux ont été considérés comme ... exemples de cystite primitive ou idiopathique. Mais le plus souvent, comme ... le voit, la cystite est secondaire.

La *forme cantharidienne* de la cystite, due à l'absorption sous-épiderm... ou à l'absorption par les voies digestives du principe actif des cantharide... été étudiée avec soin par Morel-Lavallée (*Arch. de méd.*, 1847, t. XIII). ... présente comme signe spécial l'expulsion par l'urètre, après des douleurs, ... épreintes et des efforts inouïs, de *fausses membranes* consistantes de 1 ... millimètres d'épaisseur, et dont la largeur varie de celle d'une pièce de 50 c... times à celle de la moitié d'une carte à jouer ; l'urine contient en même te... et dans tous les cas, une grande quantité d'*albumine* et se prend presque ... masse par la chaleur. Ce coagulum albumineux est indépendant d'un *dépôt* ... rend l'urine trouble au moment de l'émission, s'il est très-abondant, et ... dans tous les cas, se dépose par le refroidissement au fond du vase, où il fo... une sorte de gâteau de gelée, demi-transparent, tremblotant et d'une consist... variable. Ce produit, considéré d'abord comme de l'albumine par Morel, ... ensuite rapproché par lui du dépôt fibrineux qui se forme dans le liquide ex... de certains épanchements ascitiques et pleurétiques. Ce coagulum ne s... donc pas de la *mucosine*, selon Morel, comme dans la cystite catarrhale, ... que l'ont dit Ch. Robin et Verdeil. La cystite cantharidienne est d'aill... rarement violente. Il peut arriver, dans les cas les plus garves, que tout l'a... pareil urinaire soit envahi par l'inflammation ; mais cela est fort rare, et le p... souvent la cystite cantharidienne est d'une intensité moyenne ou légère. D... ce dernier cas, il peut n'y avoir en urinant qu'une douleur peu sensible au ... ou dans la vessie, ou de la chaleur ; mais l'urine n'en est pas moins albumine... et les petites fausses membranes ne sont pas rares. Le dépôt fibrineux fait ... défaut.

Il est très-important dans tous les faits de cystite de s'informer s'il a été ...

une application récente de vésicatoire, ou si le malade entretient la suppuration d'un exutoire avec de la pommade de cantharides. Morel-Lavallée a rapporté une observation curieuse dans laquelle on avait négligé de constater cette dernière circonstance, et où la cystite persistante fut attribuée à la présence d'une *pierre dans la vessie*. Tous les accidents cessèrent par la suppression de l'exutoire, ce qui démontra qu'il s'agissait d'une cystite cantharidienne. Le même observateur a signalé aussi la possibilité de prendre cette espèce de cystite pour une *hématurie* produite par une toute autre cause.

Il est également important, dans le diagnostic de la cystite en général, de constater que l'on n'a pas affaire à une cystite du domaine chirurgical. Je ne veux pas parler ici des cystites traumatiques aiguës dues à des contusions, à des plaies ou à des opérations, et dont l'origine s'annonce d'elle-même, mais de celles que peuvent produire des corps étrangers introduits ou développés dans l'intérieur de la vessie : soit que des manœuvres immorales les aient fait pénétrer de l'urètre dans la vessie, ce que le malade hésite à avouer, soit qu'un calcul vésical jusqu'alors inaperçu produise l'inflammation. Dans ces deux circonstances, l'urine pourra contenir du sang, mais ce signe serait insuffisant pour constater la présence du corps étranger dans la vessie, car la cystorrhagie peut se montrer aussi dans la cystite cantharidienne. La sonde seule permettra de reconnaître la présence des corps étrangers dans la vessie.

On a considéré comme conséquence ou complication des cystites une *congestion des vésicules séminales*, avec émission d'une petite quantité de spermatozoïdes qu'on trouve dans l'urine, et qui donnent lieu par conséquent à une sorte de spermatorrhée. Mais c'est aux cas chirurgicaux que se rapportent principalement les complications graves de la cystite aiguë : les *vomissements*, le *hoquet*, le *météorisme*, la *rétention d'urine*, soit dans la vessie, soit dans le rein, par suite du gonflement inflammatoire du col vésical ou de l'orifice des uretères, d'où la *fièvre urineuse*, le *délire* et la *mort*.

3° *Pronostic*. — La cystite aiguë qui n'est pas du ressort de la chirurgie se termine bien rarement ainsi d'une manière fatale, à moins qu'il n'y ait empoisonnement par les cantharides; et encore est-ce alors à l'intoxication et non à la cystite aiguë que succombent les malades. Dans les autres circonstances, la maladie se termine ordinairement par guérison.

II. Cystite chronique.

1° Elle se développe le plus souvent d'une manière graduelle, et succède rarement à la cystite aiguë. Un *sentiment de gêne* dans la région hypogastrique, des *besoins fréquents d'uriner*, une *légère douleur* au moment des dernières contractions de la vessie, l'*urine rendue fréquemment et en petite quantité*, surtout après les repas : tels sont les symptômes de la forme chronique de la cystite, qui se rapprochent des symptômes les plus bénins de la cystite aiguë. Mais ce qui distingue la forme chronique, ce sont les caractères que présente l'*urine*. Immédiatement après son émission, sa couleur n'offre rien de particulier; mais on y voit flotter un *nuage de mucus* plus ou moins épais, formant par le repos un *dépôt* parfois très-abondant, ordinairement opalin ou d'un blanc grisâtre, qui occupe le fond du vase et qui découle à la fin en filant, lorsqu'on transvase le liquide urinaire. Ce mucus est rendu ordinairement *à la fin de la miction;* il sort souvent de l'urètre sous forme d'une masse filante, et quelquefois, obstruant d'abord le canal, il en est chassé en bloc, laissant ensuite largement écouler l'urine. Abandonné à lui-même, le liquide urinaire acquiert rapidement l'*odeur ammoniacale* par suite de la fer-

mentation putride qui peut aussi, en faisant dégager des gaz dans le i rendre ce dernier plus léger et le faire surnager en partie. — Il n'existe p: nairement de symptômes généraux.

2° La légère douleur signalée au niveau de la région vésicale, les t fonctionnels et la nature muqueuse de l'urine, que j'ai indiqués, peuve fire au diagnostic. Néanmoins ces données se complètent par la rechen causes de la cystite chronique, qui sont le *sexe masculin*, un *âge ava* *professions sédentaires*, les *rétrécissements de l'urètre* et les *gonfl* *de la prostate* qui gênent l'émisssion de l'urine, l'*abus des diuré* l'action des *corps étrangers* sur la vessie (sonde, calculs, etc.), la *pa* *de la vessie*, l'extension à cet organe d'une *inflammation chronique d* *tre*, sans parler d'autres causes, dont l'action n'est pas assez bien dé pour servir au diagnostic.

On ne pourrait confondre la cystite chronique qu'avec certaines *pyélite* le dépôt purulent que présente l'urine dans ce dernier cas, et la petite de mucus qu'elle peut par hasard contenir, suffisent pour faire éviter l

Comme *complications* de la cystite chronique, on peut rencontrer u *rissement* général, l'*hypochondrie*, l'*affaiblissement des membres infé* et ces *accès* insidieux *de fièvre*, parfois de nature pernicieuse, qu'il n très-rare de voir apparaître dans le cours des affections chroniques d urinaires.

3° Le *pronostic* de la cystite chronique n'est jamais grave. Cependant tion, très-lente dans sa marche, peut se prolonger bien des années, et p par intervalles des exacerbations. Sa résistance aux traitements mis e jette les malades dans le découragement. Toute la gravité du pronostic les affections concomitantes, lorsqu'il en existe.

CYSTORRHAGIE. — Les éléments diagnostiques de cette rhagie sont peu nombreux, si l'on excepte ceux des maladies qui so gine de la perte de sang. D'abord c'est un sentiment de gêne, de de chaleur vers l'hypogastre, ce sont les *envies fréquentes d'urin* à la seule présence du sang dans la vessie, l'expulsion d'*urines* m à du sang, de la *dysurie*, surtout à la fin de la miction, et parfois une *tion d'urine* complète due à l'obstruction de l'orifice vésical de l'ur des caillots, ce que l'introduction d'une *sonde* fait facilement reconna

La cystorrhagie est habituellement due à la *cystite aiguë*, à des ou au *cancer* de la vessie. C'est donc en constatant l'existence de c tions, dont il a été question ailleurs, que l'on pourra leur rapporter l rhagie de la vessie. Mais il est impossible de décider, dans presque cas, de quelle partie des voies urinaires vient le sang, comme je l'ai e l'article HÉMORRHAGIES (par l'urètre). On devra néanmoins, dans les c teux, soupçonner toujours que le sang qui occupe l'intérieur de la ves vient des reins. L'hémorrhagie est, en effet, incomparablement plus fr dans cet organe que dans toutes les autres parties des voies urinaires, et vation paraît avoir démontré que telle est la source organique de l'*hé* *endémique de l'île de France*.

Il en est probablement de même des autres hématuries par simple exh dues à une *affection générale* ou à l'une de ces causes inconnues qui admettre des hémorrhagies essentielles.

Les formes que peut présenter la cystorrhagie ne varient que su quantité de sang expulsé hors de la vessie, c'est-à-dire suivant les ca de l'urine sanguinolente.

pronostic, comme pour toutes les hémorrhagies, est subordonné à la é de sang perdu, et surtout à la gravité plus ou moins grande de la dont la perte de sang n'est qu'un symptôme (*Voy.* HÉMORRHAGIES [par] et NÉPHRORRHAGIE).

TYLIUS ACULEATUS. — *Voy.* ENTOZOAIRES.

ISE DE SAINT-GUY. — *Voy.* CHORÉE.

TRE, DARTRES. — J'ai rappelé, à propos de l'arthritis, que la dartre r Bazin une maladie constitutionnelle à placer, par ses manifestations cuta-côté de la syphilis, de la scrofule et de l'arthritis. A. Hardy (*Nouv. Dict. ecine*, art. DARTRES, 1869) admet aussi que les dartres sont liées à un état tionnel particulier, mais il n'y fait entrer comme manifestations cuta-e l'eczéma, le lichen, le pityriasis et le psoriasis non syphilitique, tandis in croit que ces manifestations peuvent avoir une tout autre nature. En nt la manière de voir de Hardy, on a une détermination symptomatique ctions dartreuses beaucoup plus nette, parce qu'elle se base, pour le ic, sur des manifestations cutanées précises, auxquelles on a donné le *erpétides* (*Voy.* ARTHRITIDES, ECZÉMA, LICHEN, PSORIASIS, PITYRIASIS).

OLORATIONS. — *Voy.* MACULES.

UBITUS. — *Voy.* ATTITUDE.

'AILLANCE. — *Voy.* SYNCOPE.

ÉCATION. — La défécation peut être douloureuse, facile, difficile ossible, volontaire ou involontaire, et l'on tire de ces différents signes uctions pratiques utiles au diagnostic. La défécation est doulou-orsqu'il existe une affection locale au niveau de l'anus, *hémorrhoïdes* ıées, *fissures*, etc., lorsqu'il y a des selles dyssentériques, des épreintes, que les matières fécales liquides et irritantes produisent des cuissons moins vives à l'anus. Quant à la défécation difficile ou involontaire, avons qu'à renvoyer aux mots CONSTIPATION et PARALYSIES locales.

LORATION. — *Voy.* HYMEN.

ORMATION. — *Voy.* CONFORMATION.

ÉNÉRESCENCE LARDACÉE. — Décrite par la plupart des istes modernes sous les dénominations de dégénérescences *cireuse*, ou *le*, cette lésion anatomique a été qualifiée, comme ement, de *lardacée* par Wagner. Le tissu affecté itre, pâle, demi-transparent à la coupe, ce qui ré-uivant Virchow, d'une infiltration anomale par les nylacés normaux de l'économie qui s'y accumulent, Le point de départ paraît être d'abord dans les les artérioles qui s'épaississent et se rétrécissent, s corpuscules s'infiltrent dans le parenchyme et y t quelquefois des masses notables, comme dans tate, où ils constituent certaines concrétions. La e d'iode et l'acide sulfurique produisent une réac-eue caractéristique sur le tissu lardacé. Wagner, n reconnaissant la réalité de cette réaction, s'ap-ur deux analyses élémentaires, faites, l'une par Kékulé, et l'autre par midt, qui démontrent pour lui que cette dégénérescence dépend d'une re analogue aux substances albumineuses, et particulièrement riche en



Fig. 26. — Corps amylacés de grosseurs différentes. Quelques-uns sont brisés. Grossissement 350 diamètres (Virchow, *Patholog. cellulaire*).

oi qu'il en soit, cette lésion, qui s'observe plus fréquemment dans la rate, e, les reins, et parfois dans d'autres organes, le poumon par exemple,

n'a pas de signes ni d'évolution appréciable bien connus pendant la vie. Le foie, rate augmentent de volume sans modification de forme; mais c'est là un complétement insuffisant. On ne pourrait que soupçonner la lésion, si, l'a avancé Wagner d'après quarante-huit autopsies, cette dégénérescence dacée se rencontrait presque toujours dans le cours d'affections accomp d'une suppuration prolongée des os ou des parties molles (ostéites, pulmonaire, etc.), le plus souvent avec évacuation de pus au dehors (*der Heilkunde*, 1861). Malgré ce travail, celui non moins important Dickinson (*Lancet*, 1866) et les relevés de Wilks et Grainger-Stewart, démontrent aussi que la suppuration prolongée et un état cachectique les conditions habituelles de la dégénérescence lardacée ou amyloïde, un sujet dont le côté clinique n'est pas encore connu suffisamment pour j'y insiste.

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE. — *Voy.* TRANSFORM GRAISSEUSE.

DÉGLUTITION. — Elle peut être difficile ou douloureuse dans le d'un certain nombre de maladies, ce qui constitue alors la DYSPHAGIE. S répétée sans être ni difficile ni douloureuse, la déglutition peut faire soupç la pénétration graduelle du sang d'une épistaxis dans le pharynx, et de l l'estomac, lorsque le malade est couché sur le dos et atteint d'une malad s'accompagne habituellement d'hémorrhagies nasales, comme dans la typhoïde. L'examen du pharynx tapissé de sang lève alors tous les dout déglutition des liquides se faisant brusquement et avec bruit jusqu'à l'épi indique qu'il y a paralysie de l'œsophage.

DÉJECTIONS. — *Voy.* FÉCALES (Déjections).

DÉLIRE. — 1° *Caractères.* — Le délire est un symptôme de forme variable qui constitue assez fréquemment l'élément principal du diagnost qui, d'autre fois, est seulement accessoire, mais n'en constitue pas moins donnée pratique importante. Envisagé d'une manière générale, le déli très-difficile à bien définir, car on n'en donne pas une idée suffisante en simplement que c'est une perversion de l'entendement ou de l'intelligence nuances sont presque infinies. Tantôt, en effet, il ne consiste que dans l' hérence des idées exprimées par le langage ou qui provoquent dans l'expr de la physionomie, dans l'attitude, dans les actes, des singularités ou des malies de l'exercice intellectuel dans l'état de veille; tantôt ce n'est qu'une d'idée fausse ou absurde, à laquelle le raisonnement d'autrui ne saurait renoncer, et qui résulte, soit d'une conception spontanée, soit d'une hal nation, soit d'une sensation réelle, mais mal interprétée (illusion); tantôt le délire ne consiste que dans une exaltation générale de l'exercice intell exaltation plus ou moins énergique et parfois furieuse, comme le sera colère continue.

Ces divers éléments du délire peuvent se manifester isolément ou se biner entre eux pour constituer ses différentes formes : le *délire furieux* lequel le malade s'agite, vocifère, injurie les personnes qui l'entourent jette hors de son lit, et court quelquefois se précipiter par la fenêtre s'il pas contenu, ou malgré les moyens de contention à l'aide desquels on de le retenir; le *délire tranquille*, au contraire, dans lequel il peut y aussi de l'incohérence dans les idées, des conceptions délirantes, des hal nations, mais sans agitation extérieure; le *délire gai*; le *délire triste.*

Il ne faut pas oublier que ces diverses expressions du délire n'ont le souvent *par elles-mêmes* aucune valeur séméiologique particulière, et qu'

sont assez vagues, le cadre des délires idiopathiques étant plus ou
u ou restreint, suivant l'état de la science.

rt que l'on a voulu considérer le délire comme le centre d'un certain phénomènes secondaires placés sous sa dépendance, et qui ne sont es de maladies concomitantes pouvant être elles-mêmes le point de élire. La sécheresse de la muqueuse buccale ou l'aphonie qui résul-oquacité incessante due au délire; la courbature ou les accidents s, tels qu'excoriations, plaies contuses, etc., qui suivent l'agitation sont des conséquences secondaires et indirectes du délire qui méri-d'être mentionnées.

tions pathologiques et *signification*. — Ce que je viens de dire action du délire en symptomatique et idiopatique soulève immé-question de savoir comment on peut distinguer ces deux variétés. symptomatique peut se présenter entouré de circonstances ou de s dont il faut principalement tenir compte pour diagnostiquer son part. Ces éléments du diagnostic doivent être recherchés dans les cerveau, des méninges cérébrales, dans les lésions des nerfs, dans des autres organes, et enfin dans le sang.

le *congestion cérébrale*, et celle *des méninges* en particulier, duire le délire comme symptôme dominant, et c'est sur cette parti-n l'on a fondé la forme délirante de la congestion du cerveau. *re* n'est autre chose qu'un délire de cette espèce, et il est pro-la plupart de ceux qui éclatent au début ou dans le cours d'une uë fébrile ne reconnaissent pas d'autre cause. On a signalé le dé-à la stupeur et sans paralysie, au début de l'*hémorrhagie mé-*gressive des vieillards. Dans ces différents cas, il est ordinairement

llissement du cerveau est également une cause de délire, qui a les

Dans les maladies localisées dans d'autres organes que l'appareil nerveux, qui s'accompagnent d'un délire résultant d'une action réflexe, les phéno[illegible] délirants sont un accident qui peut dépendre d'une douleur très-vive; ou le délire n'a pas de cause immédiate parfaitement déterminée, mais il p[illegible] rait être considéré, dans un certain nombre de maladies aiguës fébriles, c[illegible] l'effet d'une congestion cérébrale.

C'est surtout pour les maladies générales aiguës, comme les *fièvres érupt[illegible]* la *fièvre typhoïde* de nos contrées et les autres *pyrexies* du cadre nosolog[illegible] *typhus*, *fièvre jaune*, *fièvre puerpérale*, etc., que cette explication prin[illegible] du délire par la congestion cérébrale pourrait être admise (*Voy.* Congesti[illegible] je dis explication principale, car la congestion ne peut pas suffire dans bea[illegible] de circonstances pour motiver le délire, dans certains *rhumatismes art[illegible] laires aigus*, par exemple. Un simple délire tranquille, même lorsque le [illegible] en a conscience, est, dans ce dernier cas, une complication souvent très-[illegible] (*Voy.* Rhumatisme). Quoi qu'il en soit, c'est dans les affections générales ai[illegible] lorsqu'elles sont graves, que l'on voit le plus souvent éclater le délire symp[illegible] tique; et, dans ces différents cas, il peut être tellement prédominant que, [illegible] n'examine pas attentivement le malade, on peut facilement croire à une [illegible] des centres nerveux. C'est ce qui avait trompé les anciens lorsqu'ils avaient [illegible] la *fièvre cérébrale*.

En supposant qu'un délire observé comme signe prédominant ne puisse s'[illegible] quer par l'existence des affections précédentes, il faudra se demander s'i[illegible] pas une altération particulière du sang. Sans doute, cette manière de cla[illegible] maladies est tout artificielle, et je ne prétends pas dire qu'il n'y a pas alt[illegible] du sang dans les maladies dont il a été question précédemment, comme d[illegible] pyrexies et même dans les phlegmasies; mais dans les affections que je ra[illegible] en dernier lieu comme origines d'un délire symptomatique, l'altération d[illegible] est rendue évidente par des particularités manifestes, telles que la dimi[illegible] d'un ou de plusieurs de ses principes, l'absorption d'un poison rapide (e[illegible] sonnement) ou lent (intoxication). — Le délire peut, en effet, être la c[illegible] quence d'une diminution rapide et considérable de la proportion des gl[illegible] du sang, comme on le remarque dans certaines *anémies*. — Il se rencontre [illegible] les empoisonnements par les narcotiques, les solanées vireuses et dans ce[illegible] la douleur est excessive; dans les *maladies virulentes* aiguës, et entre [illegible] dans la morve, où le délire alterne avec le coma. — Enfin, le délire est u[illegible] symptômes les plus importants de certaines *intoxications*, puisqu'il con[illegible] un mode particulier de manifestation de ces altérations du sang. Il est le p[illegible] mène séméiologique principal de l'*alcoolisme chronique; l'intoxication* [illegible] *nine*, l'*ergotisme*, ont leur forme délirante, c'est-à-dire que le délire peut [illegible] leur manifestation principale aux yeux de l'observateur. Il en est de mê[illegible] l'*intoxication paludéenne*, dans laquelle la fièvre pernicieuse délirante [illegible] importante à ne pas méconnaître.

Si, dans la recherche que je viens d'exposer, on en arrive à rejeter l'ense[illegible] de ces conditions du délire, il faut se poser la question d'un délire idiopath[illegible] d'une aliénation mentale.

On se gardera toujours de se hâter d'admettre l'existence de la folie, [illegible] soit dit pour les délires aigus; car, pour ceux qui ont une *marche chron[illegible]* il n'y a aucun doute sur l'existence de l'aliénation mentale, lorsque l'on co[illegible] l'*apyrexie*, l'absence de toute affection pouvant produire le délire co[illegible] symptôme, et lorsque la *forme* même des troubles intellectuels met par [illegible] même sur la voie du diagnostic, comme dans la lypémanie, certaines hall[illegible]

(*Voy.* Folie). On peut aussi s'appuyer sur des données analogues
guer le délire aigu symptomatique du délire aigu de la folie ; mais
peler que la fièvre peut accompagner ce dernier, et que ce n'est
: la longue durée des troubles délirants qui peut alors éclairer sur
ile nature. Le délire des hystériques est une véritable folie momen-
ıême que le délire fixe observé quelquefois dans la convalescence de
rphoïde, et quelquefois dans le rhumatisme articulaire, où il est
ent de celui que j'ai rappelé plus haut à propos de cette même
snet, *Arch. de méd.*, 1856, t. VII).
ification du délire est une question ardue dans un grand nombre de
t de vue du diagnostic proprement dit, sa signification pronostique
ıoins difficile à établir. Cette difficulté provient assez souvent de
même de la condition organique qui produit le délire. La gravité
nité du pronostic, en effet, résultent uniquement de la condition
: qui suscite le délire, soit que cette condition constitue la maladie
oit qu'elle résulte d'une complication accidentelle. Par lui-même, le
: de danger qu'en raison des accidents que peut provoquer l'agi-
lade ; ce qui le prouve, c'est qu'il n'est pas rare de voir des aliénés
l état de délire pendant des mois et des années, sans que leur santé
aisse en souffrir, et même, dans certains cas de folie incurable,
élioration sensible des fonctions de nutrition.

UM TREMENS. — *Voy.* Alcoolisme (p. 37).

GEAISONS. — *Voy.* Prurit.

CE. — *Voy.* Folie.

DENTITION. — Les dents sont le siége de signes ou de lésions
in ne doit pas perdre de vue, comme les *grincements de dents*, qui
quelquefois pendant le sommeil en santé, mais qui peuvent aussi ré-
ritables *convulsions* (trismus), les *douleurs névralgiques* parfois
dont la tête est le siége, et qui cessent après l'avulsion d'une dent
dents participent aussi à la manifestation d'autres maladies. Elles
: sèches, fuligineuses (*état typhoïde*), recouvertes d'une sorte de
: (*stomatite mercurielle*), devenir mobiles dans leurs alvéoles et
, comme on l'observe dans cette dernière affection, dans le *scorbut*,
de la bouche, la *glycosurie*, l'*ostéomalacie*. D'une manière géné-
on absolue, on peut admettre que des dents saines, fermes, d'un
opaque, sont l'indice d'une bonne constitution, et au contraire que
cilement envahies par la carie, d'un blanc bleuâtre et comme opalin,
ne constitution débile. Ces derniers signes sont assez communs chez
x et les rachitiques.
les points les plus importants que soulève l'étude des dents est
entition.
re dentition, dont j'ai seulement à m'occuper, apparaît à un âge
; on peut, en résumant toutes les observations prises à ce sujet,
ix et neuf mois, et pour préciser encore davantage, à l'âge de six
i, l'époque à laquelle la première dent fait le plus généralement
on (Trousseau, *Clin. méd.*, 62e leçon). Les dents, suivant Trous-
t par groupes à des temps et dans un ordre assez bien déterminés.
nq groupes successifs, qui comprennent : 1° les deux incisives
férieures ; 2° les incisives supérieures (les médianes d'abord) ; 3° les
es latérales inférieures, et les quatre premières molaires ; 4° les
ıes ; 5° les quatre secondes molaires. Ces vingt dents ont une évolu-

tion totale de deux ans à deux ans et demi, des intervalles de repo entre chaque groupe.

Ces particularités sont importantes à connaître pour l'étude des acc la première dentition. Il est essentiel aussi de savoir que le *rachitis* r arrête manifestement l'évolution dentaire, et que la tuberculisati Trousseau, auquel j'emprunte ces détails, a des effets opposés. Qu soit, une première remarque à faire à propos des accidents de la c'est qu'ils sont d'autant plus à craindre qu'on approche de l'évolution trième groupe, c'est-à-dire de l'évolution des canines. Cela tient à la de leurs racines et à l'évolution préalable des incisives et des molaires, entre lesquelles elles doivent se placer, dans des intervall trop étroits par suite du développement incomplet des mâchoires. — dents locaux de la première dentition se rapportent l'augmentation d tion salivaire, la rougeur consécutive des joues, le prurit des ge mâchonnement, rarement une hémorrhagie légère (Billard), la stoma quefois des aphthes. La fluxion inflammatoire des gencives s'accomp vent d'un gonflement, constaté surtout au niveau des incisives supé qui est attribué fréquemment à tort, selon Trousseau, à la sortie pr la dent. La fièvre, les éruptions diverses d'érythème ou de stroph somnie, les réveils en sursaut, les frayeurs, les convulsions, les vom la diarrhée, parfois la toux, sont les symptômes réflexes qui ont été ol Les maladies qui surviennent à l'époque de la dentition n'acquièrent tous les cas, une plus grande gravité par le fait d'une évolution denta plète ou difficile, et une maladie aiguë antérieure n'apporte sou obstacle à cette évolution.

Avec de l'attention, il sera facile de ne pas confondre les convulsi tant d'une dentition difficile avec celles d'une MÉNINGITE.

DÉPÉRISSEMENT. — *Voy.* AMAIGRISSEMENT.

DÉPLACEMENT. — J'ai signalé à propos de chaque organe cements qu'il peut subir par le fait des maladies (*Voy.* aussi DÉ DILATATIONS).

DERMALGIE. — Une douleur plus ou moins vive de la peau les tissus cutanés présentent une altération matérielle, constitue la Le docteur Jolly, sous le nom de *névralgies cutanées* (*Dict. de m* vol., 1834), a particulièrement insisté sur ces douleurs superficiell travail de Beau, paru en 1841 dans les *Archives*, est le plus imp ait été publié sur ce sujet. Cependant beaucoup de points reste dans l'étude de la dermalgie, dont les rapports avec les névralgie ment dites n'ont pas été suffisamment recherchés, ainsi que Valleix marquer.

1° *Caractères.* — La dermalgie peut siéger dans tous les points d de la tête, du tronc ou des membres, suivant Beau ; rarement général tiple, elle est limitée le plus ordinairement à une étendue qui varie dix centimètres carrés. La *douleur*, qui en constitue le symptôme est spontanée ou provoquée. La douleur spontanée est elle-même fixe mittente, comme dans les névralgies des troncs nerveux, et, sauf la des élancements, qui ne suivent pas le trajet connu des branches ner caractères de la douleur fixe ou continue et de la douleur intermitte plus grande analogie de part et d'autre. On peut s'en convaincre e chant la description que nous avons donnée ailleurs des douleurs de la GIE, de celle des douleurs de la dermalgie telle que Beau l'a tracée. L

…quée offre ceci de remarquable dans la dermalgie que le plus léger con-
, celui des vêtements, des doigts, même celui de la barbe d'une plume, est
pportable au malade, même si l'épiderme est très-épais, comme au talon,
exemple; et si la partie est recouverte de poils ou de cheveux, il suffit de
er la main sur eux à distance de la peau, pour que celle-ci subisse une
ession douloureuse; souvent la douleur est au contraire diminuée par une
pression (Beau). Dans certains cas rares, il se joint à la douleur un *mou-
nt fébrile* manifeste; mais le plus souvent la dermalgie est apyrétique, elle
un jour à deux semaines, disparaît graduellement, et peut quelquefois
r de proche en proche comme l'érysipèle ambulant; enfin les récidives
réquentes.

Conditions pathologiques et *signification*. — L'important, une fois la
lgie reconnue, est de remonter à sa cause et d'établir si elle est idiopa-
ou symptomatique; mais avant tout il faut savoir si la dermalgie idiopa-
existe réellement, et si elle n'est pas un simple signe d'une névralgie
ire des nerfs qui se distribuent à la région où siége la dermalgie. Pour
faut rechercher s'il existe des points douloureux caractéristiques (*Voy.*
…GIES).

maladies qui donnent lieu à la dermalgie symptomatique sont, d'après
l'*intoxication saturnine*, la *myélite*, qui fait apparaître les douleurs
es sur les membres inférieurs; l'*hystérie*, la *syphilis* et le *rhumatisme*
HYPERESTHÉSIE).

SQUAMATION. — *Voy.* SQUAMES.

VIATIONS. — Les seules déviations d'organe qui nécessitent un exposé
lier sont les déviations utérines et vertébrales; les autres ont été rappe-
propos des organes qui en peuvent être le siége.

éviations utérines.

'ai pas à faire ici une histoire complète des déviations utérines, affections
: donné lieu, dans les dernières années surtout, à une foule de travaux
sertions contradictoires. Sous le rapport du diagnostic, la question se
en apparence bien simplifiée, puisqu'il s'agit de distinguer un fait phy-
le déplacement survenu dans la position normale de l'utérus, et d'en
ter les conséquences pathologiques; cependant elle est loin d'être aussi
qu'elle le paraît au premier abord. Suivant certains observateurs, en
es déviations sont *indifférentes*, c'est-à-dire ne sont pour rien dans les
mènes morbides observés; suivant d'autres, au contraire, elles sont tout.
i est certain, c'est que l'on a vu fréquemment le redressement de l'utérus
être immédiatement suivi de la disparition des accidents symptomatiques.
ofesseur Braün (de Vienne), par exemple, a rapporté un exemple de vomis-
its incoercibles dans lequel il lui suffit de redresser l'utérus qui était en
exion, pour faire cesser immédiatement et d'une manière définitive ces
sements, jusque-là rebelles (*Wochemblatt der Zeitsch*, 1864). Or, un
l effet aurait-il eu lieu si les déviations avaient été sans influence? Non,
mment. On est donc forcé d'adopter, au moins dans une certaine mesure,
les déviations utérines sont réellement des maladies. Dans un assez grand
bre de cas, il est vrai qu'elles existent sans provoquer de troubles mor-
s; mais il en est de même d'une foule de lésions locales constituant des
adies incontestables.

Avant d'aller plus loin, il faut s'entendre sur le mot déviation et sur la posi-
habituelle de l'utérus dans l'état physiologique.

Pour Cruveilhier, l'utérus n'a pas de position fixe normale chez la femme qui

a eu des enfants. Après lui, plusieurs auteurs ont mis hors de doute l'existence de déviations congénitales ou physiologiques, dont je parlerai plus loin, tout en reconnaissant la stabilité relative de l'utérus dans l'état normal. Aran, qui a publié les résultats de ses recherches sur la statique de l'utérus, attribue cette diversité d'opinions à ce que les observations qui les ont motivées n'ont pas été faites dans les mêmes circonstances. Pour lui, l'utérus a un *axe de suspension*, ce qu'on a décrit jusqu'ici sous le nom d'*axe de l'organe* n'étant autre chose que son *axe d'inclinaison* sur son axe de suspension proprement dit. Ce dernier, qui correspond chez la femme pubère à la réunion du col et du corps de l'utérus, est constitué par une sorte d'anneau complet comprenant en avant les adhérences du bas-fond vésical à l'utérus (sur lesquelles Virchow a insisté avec raison), en arrière le ligament postérieur, latéralement les fibres latérales de ce dernier, et enfin concurremment l'insertion du vagin sur le col. C'est autour de ce point, comme autour d'un axe, que se font les mouvements du fond de l'utérus en avant, en arrière et sur les côtés, et, bien que mobile lui-même, cet axe est en réalité le point sur lequel repose l'organe. Je n'insiste pas sur l'importance de ce fait, qu'Aran dit avoir établi d'après de nombreuses recherches.

Il résulte de ce qui précède que l'utérus doit être considéré comme naturellement incliné en avant suivant l'axe du détroit supérieur, et que cette situation est le point de départ fictif des déviations que l'organe subit, que son corps s'incline ou se fléchisse en avant, en arrière, ou sur l'un des côtés. D'où l'*antéversion* et l'*antéflexion*, la *rétroversion* et la *rétroflexion*, la *latéroversion* et la *latéroflexion*.

1° *Éléments du diagnostic.* — Valleix attribuait aux déviations utérines, qu'il a si bien étudiées : une *douleur spontanée*, toujours très-incommode, au niveau de l'utérus, s'exaspérant souvent, quelquefois devenant très-violente, se montrant fréquemment *en avant* dans les déviations antérieures, et en *arrière* dans les déviations postérieures ; augmentant toujours considérablement par la *marche*, la *station verticale*, très-souvent par le *toucher* vaginal et par la pression hypogastrique lorsque l'utérus est volumineux et en antéversion ; la *miction fréquente* et parfois douloureuse ; la *défécation* rare, pénible, difficile ; le *trouble habituel des menstrues ;* les *métrorrhagies* fréquentes, mais rarement la *suppression des règles ;* mais, en revanche, *leucorrhée constante ;* des *névralgies* abdominales et intercostales, des *troubles digestifs* variés et persistants (perte d'appétit, douleurs épigastriques) ; un *hystéricisme* des plus prononcés ; dans les cas où l'intensité des symptômes était le plus manifeste, du *dépérissement*, de l'*anémie* et une faiblesse empêchant les malades de vaquer à leurs occupations.

L'exploration directe des organes par le toucher vaginal, l'introduction de la sonde utérine dans la cavité de la matrice, et l'application du spéculum, sont nécessaires au diagnostic. Quant au toucher rectal, il ne fournit pas ici de signes assez tranchés pour être habitue[illegible] eillé.

Le *toucher vaginal* [illegible] ec lenteur et ménagement, la femme étant deb[illegible] mieux le degré de la
On sent alors [illegible] s parties de l'utérus
ailleurs ([illegible] Il y a des saillies là
se trouve [illegible] s saillies de l'état
const [illegible] n volume, sa cons
pré [illegible] 'organe est mobile,
co [illegible] s lorsqu'on veut l

est lourd, et si, étant soulevé, l'autre main peut le sentir en pressant la ion hypogastrique, ce qui démontre que l'organe est volumineux. — Le *hétérisme utérin*, au moyen de la sonde utérine. est le mode d'exploration lus important avec le toucher, puisqu'il fait arriver à un diagnostic précis, que mathématique. La pénétration de la sonde dans la cavité utérine, se ait dans des directions différentes, indique en effet parfaitement le sens de viation du corps de l'utérus, comme on le verra plus loin. — Enfin l'emploi *péculum* fournit de son côté des signes très-utiles au diagnostic. Le spé- qui est plein, ou à développement, est préférable au spéculum bivalve, rejetait Valleix. On ne doit pas, comme le recommandait cet excellent cien, chercher à atteindre directement le col de l'utérus, mais faire péné- directement l'instrument, après avoir retiré l'embout, de manière à voir les e la muqueuse vaginale se diviser au centre même du champ du spéculum. rive ainsi jusqu'à la lèvre antérieure de l'utérus, qui se montre d'abord si is n'est pas dévié, attendu que, dans l'état sain, il forme avec le vagin un obtus ouvert en avant. Quand on ne trouve pas le col dans cette position, sûr qu'il existe une déviation, qui varie suivant qu'il faut aller chercher e du col fort en avant ou fort en arrière. Je me hâte de faire remarquer col peut paraître à sa place normale et cependant une déviation ou plutôt *exion* de l'utérus exister ; en pareil cas, le toucher et le cathétérisme seuls t découvrir.

nductions diagnostiques. — Le diagnostic des déviations utérines n'est le que par l'exploration directe de l'utérus par le toucher, le spéculum et iétérisme utérin. Jusque-là, on peut dire qu'il n'y a pas un seul symptôme e puisse être mal interprété et considéré comme appartenant à une autre on ; il suffit, en effet, de rappeler les douleurs variables, les symptômes ant de la pression de l'utérus déplacé, les troubles menstruels, digestifs, ux, l'anémie, le dépérissement, pour faire comprendre qu'ils peuvent être mbreuses sources d'erreur de diagnostic, jusqu'à ce que l'exploration que de l'utérus ait eu lieu. Il faudra donc provoquer cette exploration dès on pourra soupçonner l'existence de la déviation.

is les signes physiques fournis par le toucher, le spéculum ou le cathété- utérin, varient suivant l'espèce de déviation existante, ainsi que je vais le ler.

— *Antéversion.* — Le spéculum, introduit directement, montre la face ieure du col, qui ne peut être saisi que très-difficilement en portant rémité de l'instrument en arrière et en lui faisant décrire une courbe ière en avant. Le toucher vaginal fait sentir le col fortement porté en re vers l'angle sacro-vertébral, le corps formant une rénitence insolite au au de la paroi antérieure du vagin.

a *sonde utérine*, le bec en avant et poussée doucement, pénètre par l'orifice col dans l'utérus, tandis que l'on *abaisse le manche vers le périnée.*

ri la *fréquence de la miction,* qui s'explique par la pression du corps de érus sur la vessie, est plus grande que dans toute autre déviation, sans rtant être particulière aux déviations antérieures. De plus, la douleur a lieu fréquemment dans les deux aines en s'irradiant vers les cuisses.

es erreurs de diagnostic sont rares dans l'antéversion. On ne commettrait s aujourd'hui l'erreur de Levret, taillant une femme chez laquelle il prit la lie du corps de l'utérus proéminent vers la vessie, en refoulant les parois inales pour une pierre enchatonnée. L'emploi de la sonde utérine simplifie nifestement ces questions de diagnostic.

b. — *Antéflexion.* — Le spéculum ne peut faire reconnaître cette déviati[on], le col se présentant dans le champ de l'instrument directement introduit dans le vagin. — Mais le toucher, tout en constatant que le col est dirigé en avant, trouve le corps entièrement replié sur le col, ou formant avec lui un angle plus ou moins ouvert, ce qui est le plus ordinaire ; enfin il peut n'y avoir qu'une courbe générale à concavité antérieure (*flexion en arc*, de Sommer ; *antéco[ur]bure*, d'Aran), et dans des cas exceptionnels, on peut rencontrer une ou plusieurs flexuosités (Valleix). — Le cathétérisme utérin sert à reconnaître la profondeur de la flexion, et redresse l'utérus comme dans l'antéversion, si l'on porte le manche plus fortement en arrière et en poussant avec précaution ; mais si la flexion est prononcée, il est nécessaire de porter le bec du cathéter en arrière et en bas, puis, arrivé à l'obstacle dû à la flexion, de retourner la sonde en place et de ramener en avant son bec qui pénètre alors avec facilité. Une particularité anatomique bien importante à ne pas oublier, quand on pratique le cathétérisme en pareil cas, et qui a été observée par Depaul, Valleix et Virchow, c'est l'amincissement membraneux en quelque sorte de la paroi utérine antérieure au niveau de la flexion, amincissement qui oblige à procéder au cathétérisme avec beaucoup de ménagements.

Comme symptômes fonctionnels, on trouve ici la fréquence de la miction [plus] rare que dans l'antéversion, parfois une *rétention du mucus* dans la cavité utérine et même une véritable hydrométrie (Kiwisch). Je dois ajouter que l'antéflexion peut souvent exister sans symptômes, Boullard (*Thèse* de doctorat, 1853) ayant constaté, dans un bon nombre de cas, qu'elle n'est autre chose que la persistance ou l'exagération de la forme naturelle de l'utérus chez le fœtus.

La proéminence du corps infléchi de l'utérus pourrait être prise pour une *tumeur* quelconque développée en avant de l'utérus, de même qu'il [peut] arriver qu'une tumeur réelle due à un cancer de la vessie, à l'ovaire développé, etc., soit prise pour une antéflexion. Le cathétérisme utérin permet seul de dissiper tous les doutes, en faisant pénétrer facilement et directement la sonde jusqu'au fond de l'utérus, s'il n'y a pas d'antéflexion.

c. — *Rétroversion.* — A l'aide du spéculum, on constate que le col se présente surtout *par sa face postérieure*, et que, pour le saisir, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant. — Par le toucher vaginal, l'utérus est senti abaissé, avec l'orifice du col porté en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on trouve comme un grand vide, où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale, tandis qu'inférieurement et en arrière, on peut parcourir presque toute l'étendue de l'utérus, dont on suit le corps dans la concavité du sacrum ; l'utérus est presque toujours augmenté de volume. — La sonde utérine ne pénètre dans le col que si la concavité de l'instrument ou le bec *est dirigé en arrière*, et l'on ne franchit ensuite l'orifice interne qu'en soulevant fortement le manche de l'instrument en haut et en poussant doucement en arrière jusqu'à ce que l'on soit arrivé au fond de l'utérus. Ordinairement en tournant ensuite en avant la concavité de la sonde et en abaissant son manche vers le périnée, on redresse l'utérus, à moins qu'on n'éprouve une résistance assez forte qui indique l'existence d'adhérences péritonéales qui entretiennent la déviation, et qu'il faut toujours, quand on en soupçonne l'existence, éviter avec soin de tirailler.

Dans cette variété de déplacement utérin, la douleur locale occupe constamment les lombes, parfois la *région sacrée ;* la constipation est constante, elle alterne chez certaines malades avec du dévoiement et le rejet de mucosités

enfin il y a aussi des douleurs expulsives au niveau du rectum, t.

troflexion. — Quoique Simpson, se fondant sur la similitude des de la rétroversion et de la rétroflexion, n'ait pas traité séparément riétés de déplacements utérins, il est essentiel de faire connaître nces diagnostiques. Il y a, en effet, dans les rétroflexions une chose à considérer : la *position relative du col et du corps de l'utérus.* jours au toucher, en arrière du col, la saillie globuleuse qu'y forme ofléchi, et parfois, entre les deux, l'angle d'inflexion; mais le col même temps soit dans sa *position normale*, soit dirigé *en avant et* nme dans la simple rétroversion, soit dirigé en arrière comme dans ı. Dans ce dernier cas, il est quelquefois difficile d'atteindre la rps de l'utérus qui se trouve comme masqué par le col, entière- sur lui, et l'on peut croire à une antéversion si l'on ne constate pas corps en avant du col. Dans tous les cas de rétroflexion, en effet, igé en avant du col, y sent un vide virtuel à la place de la résis- ps de l'utérus. L'introduction de la sonde, dans les rétroflexions, *avec la concavité en avant*, jusqu'au niveau de la flexion; mais là, ıprimer un mouvement de rotation demi-circulaire, qui lui permet ıénétrer de haut en bas et d'avant en arrière, si l'on relève le athéter vers le pubis en opérant un léger mouvement de propul- le de pénétration révèle par lui-même l'existence de la rétroflexion; ıe ensuite la sonde en place, on rétablit l'utérus dans sa position is momentanément, comme pour l'antéversion.

exion est la déviation utérine dont le diagnostic est le plus difficile, né lieu aux erreurs les plus multipliées. Une *tumeur fibreuse* la paroi postérieure du corps de l'utérus peut parfaitement simuler on, ainsi que Barth l'a observé. Une *hématocèle rétro-utérine* ou un *étro-utérin* peuvent aussi en imposer pour une rétroflexion; mais s qui en résultent présentent une mollesse moindre que l'uté- plus, celle du phlegmon est d'une sensibilité extrême. Du reste, ux circonstances, le cathétérisme lève tous les doutes en se omme dans l'état normal. Il en est de même si l'*ovaire enflammé* vient s'accoler à la partie postérieure de l'utérus, comme l'a vu

nt aux *latéroversions* et *latéroflexions*, elles n'ont qu'une impor- laire, attendu qu'elles coïncident toujours avec les autres déviations, les antérieures, et que l'on est porté à penser, d'après les recher- , qu'elles sont ordinairement congénitales, comme on le verra plus a rencontré des cas dans lesquels elles semblaient déterminer le ouleur dans l'aine correspondante.

nt compte de ces données diagnostiques, on constatera qu'il y a e l'utérus, et l'on déterminera en même temps son espèce. Mais cause de la déviation ? Est-elle physiologique ou congénitale? Est- ent de nature pathologique ? Telles sont les questions qu'il s'agit ésoudre au lit du malade, et qui, traitées à un point de vue général, eu aux affirmations les plus contradictoires. Dégagées de la donnée ile à résoudre, donnée secondaire pour nous, celle du traitement, ıs sont notablement simplifiées.

r d'abord qu'il y a des déviations pathologiques. C'est ce que les faits d'invasion de phénomènes attribués aux déviations utérines,

sous l'influence d'un *effort musculaire quelconque*, d'une chute, du d'une voiture, et s'annonçant quelquefois par une douleur plus ou moins de tiraillement ou de craquement dans le bassin. C'est ce que prouvent la *cessation immédiate* des accidents par le simple redressement de l' reconnu dévié, qui a lieu quelquefois; la persistance des accidents de la tion produite par les *tumeurs péri-utérines* et les *brides* cicatricielles bien décrites par Rokitansky et Virchow, et que l'on ne reconnaît pend vie qu'à la résistance opposée par l'organe à son redressement); l'enclav de l'utérus dévié, développé par une grossesse peu avancée, et donnant des symptômes graves (douleur excessive, rétention des urines et des inflammation locale, métro-péritonite), symptômes tantôt suivis de mort, cessant avec le redressement de l'organe à l'aide du levier obstétrical (Bl Les faits de cette espèce (*Voy. Gaz. hebdom. de méd.*, 1856) autorisent à sidérer aussi comme réellement pathologiques les déviations attribuées à l' mentation de poids et de volume de l'utérus atteint de *congestion* ou d'*inf mation*, et favorisées par la laxité des ligaments de l'utérus et par la grande amplitude du vagin.

Mais si les déviations pathologiques accidentelles sont manifestes et r naissables à leurs causes ou à leurs signes paticuliers chez un certain no de femmes, comment, en l'absence de ces causes ou de ces signes, recon que l'on n'a pas affaire à des déviations congénitales ou physiologiques? S aujourd'hui un fait incontestable et reconnu par une foule d'observat c'est certainement l'existence de l'antéflexion de l'utérus comme con anatomique normale chez le fœtus et le nouveau-né. Mais, avec les progr l'âge, que devient cette déviation physiologique congénitale, si commun naissance qu'on la rencontre sur la plupart des cadavres d'enfants nouveau que deviennent aussi les cas bien plus rares, mais bien constatés aussi, d' version, de latéroversion, ou de latéroflexion, et enfin de rétroversion con tales? C'est ce qui a été recherché par Aran à l'aide de trente-sept ex cadavériques (*Leçons sur les maladies de l'utérus*, 1860). Or, il résul ces faits : que l'antéflexion paraît être l'apanage de la jeunesse, surtout virginité, et que par conséquent on doit la considérer comme étant congén du moins dans la plupart des cas; que cette antéflexion disparaît probable après l'âge de vingt-sept ans environ; que les autres déviations se remar indifféremment à tous les âges, ce qui doit faire admettre qu'elles sont l tuellement accidentelles, et enfin que la rétroflexion et la rétroversion non duites par des adhérences se rencontrent principalement, sinon toujours, des femmes qui ont eu des enfants.

Ces données précises sont très-importantes pour le diagnostic. Aran a fa outre remarquer que l'utérus offre souvent, à partir de la vie intra-utérine *inclinaisons latérales* avec ou sans flexion du corps de l'organe, inclinai et inflexions qui sont, sinon produites, au moins entretenues par le raccou sement du cordon sus-pubien correspondant à l'inflexion et à l'inclinai L'auteur conclut que l'on doit considérer comme physiologiques les *antéflex* les *obliquités* et peut-être aussi les *latéroflexions* de l'utérus. De son Valleix, qui admettait les déviations congénitales, considérait comme t celles qu'il rencontrait chez les vierges, ou bien chez les femmes qui n'av pas eu d'enfants et très-peu de rapprochements sexuels.

Reste à savoir, comme le dit lui-même Aran à propos des variétés de d tions congénitales qu'il a signalées, si la prolongation de ces déviation surtout de l'antéflexion au-delà de l'époque de la vie à laquelle elle cons

tat normal, ne pourrait pas donner lieu à des *accidents patholo-* poser à la sortie du sang menstruel, devenir une cause de stérilité. parait possible, probable même, mais elle serait extrêmement rare. tenir compte de la nature congénitale de la déviation, sans oublier consulté pour des faits de déviations qu'il a considérées comme a fait évidemment disparaître les accidents par le traitement dirigé lacement seul, traitement dont au reste le mode importe ici fort n résultat.

é comme *complications* des déviations les *difficultés de l'accou-* fréquence de la *stérilité*, l'*avortement* (?), et enfin l'*engorgement* ui a été considéré tour à tour comme unique cause des accidents déviations (E. Goupil), comme une complication insignifiante ou omplication très-importante des déviations utérines. Enfin, dans tionnel de rétroversion, Grenser a vu le fond de l'utérus venir faire e la vulve, par une *rupture* de la paroi postérieure du vagin.

diverses complications, nous signalerons l'*engorgement utérin*, gulièrement exagéré l'importance. Cela résulte d'un fait bien signi- que Valleix a vu disparaître les accidents locaux dès que l'utérus u redressé, *malgré l'engorgement* persistant. Valleix admettait ment seul, ou que la déviation seule, ne pouvait pas, *dans la* orité *des cas*, produire les symptômes propres aux déplacements, ur réunion les déterminait presque à coup sûr (*Guide du médecin* édit., t. V).

iens de dire de l'engorgement, je pourrais le dire à certains égards s de la matrice qui accompagne fréquemment les déviations, et attribué aussi à tort les symptômes observés. On voit combien n pratique des déviations utérines se complique, et combien sont les difficultés d'un diagnostic complet. Cela paraîtra plus évident appelle que certains observateurs ont attribué les améliorations ou des accidents observés, obtenues par le redressement momentané au moyen de la sonde, à un *état névralgique* de l'organe, qui s sous l'influence du contact irritant du cathéter porté jusqu'au vité utérine.

tic. — Le pronostic des déviations utérines n'est pas grave. Il quelquefois que des déviations très-prononcées, mais sans compli- onnent lieu à aucun trouble fonctionnel. Mais que l'on se rappelle ie de symptômes sérieux que les déviations peuvent provoquer, que résulte, pour les femmes qui en sont atteintes, l'impossibilité de ement et de vaquer à leurs occupations pendant un temps parfois on ne s'occupe sérieusement de les traiter, et on ne les considérera les lésions insignifiantes. La grossesse et l'accouchement ont une lle sur le pronostic des déviations utérines. La rétroversion avec dans le cours de la grossesse est suivie de mort si elle n'est pas eix croyait plutôt à une influence nuisible des grossesses, et n'ad- ne exceptions à cette règle générale que de simples améliorations. 'autres observateurs ont constaté des guérisons complètes après grossesse. Il résulte des faits de guérison observés, que les dévia- it guérissent moins facilement que les autres. Quant aux déviations pagnent d'adhérences péritonéales, dont l'existence est constatée érisme, on doit regarder ces faits comme incurables, et éviter avec de tout moyen mécanique de redressement. Ce n'est que dans des

cas très-exceptionnels que l'on a vu la mort survenir par le fait d'une déviation de l'utérus.

II. Déviations vertébrales.

Je comprends sous ce titre les diverses courbures du rachis, auxquelles on a donné les noms de *cyphoses* (inflexions ou incurvations antérieures), de lor*ses* (inflexions postérieures), et de *scolioses* (inflexions latérales). Les p importants qu'elles offrent à examiner sous le rapport du diagnostic sont rel 1° aux conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles se mo ces déviations, conditions si bien exposées par Bouvier dans ses *Leçons cli ques sur les maladies de l'appareil locomoteur* (1858); 2° aux conséqu de ces déformations au point de vue de la pathologie et de la séméiologie.

A. Cyphose. — La cyphose physiologique, appelée aussi *voussure*, *dos* vo et dépendant d'une faiblesse de la constitution et de positions habit vicieuses, ne doit pas être confondue avec les cyphoses d'origine patholog Celles-ci sont dues à une *souffrance viscérale* habituelle, même légère, *rachitisme* chez les jeunes enfants, à des *contractures* des muscles de la p antérieure du col ou du tronc, et au *rhumatisme musculaire* ou *articul* qui agit tantôt à la manière des contractures, tantôt en déterminant des tudes qui sont prises par le malade pour éviter la douleur produite par la traction des muscles ou les mouvements des jointures du rachis.

Le plus souvent, il est facile de distinguer les cyphoses dont il vient d' question, de celles produites par le mal vertébral ou *mal de Pott*. Dans la part des cas de mal de Pott, en effet, la saillie du rachis n'est pas unif mais *en pointe*, au niveau d'une apophyse épineuse; cette saillie apparaît d blée, ou *si l'on fait courber le malade en avant;* de plus, lorsqu'on so un enfant affecté de mal vertébral : en général il crie et s'agite, il y a peu pas de *souplesse du tronc*. Il y a habituellement de l'*oppression*, une *do* épigastrique, de la *paralysie*, des *abcès par congestion*. Cependant la co sion est quelquefois possible lorsque les signes les plus caractéristiques du de Pott font défaut.

La cyphose n'a sur les organes intra-thoraciques aucune influence pathol que qui mérite d'être mentionnée. Elle a seulement pour conséquence raccourcir le tronc et de refouler le sternum en avant.

B. Lordose. — Cette incurvation du rachis en arrière s'observe princip ment aux lombes, où elle n'est que l'exagération de la courbure naturelle cette région. Comme déformation physiologique, elle résulte d'une dispos originelle ou d'un excès de contraction habituelle des muscles sacro-spi comme on le voit chez les marchandes ambulantes chargées d'un éventaire, temporairement pendant la grossesse; cependant, lorsqu'elle s'est répété lordose de la grossesse peut amener aussi une vraie difformité permanente.

La cause des lordoses symptomatiques cervicale, lombaire ou même dors doit être cherchée dans des *cicatrices vicieuses*, des *contractures* aiguës, *paralysies*, ou des courbures de *compensation*. La paralysie des muscles ab minaux, principaux fléchisseurs du rachis, produit indirectement une lord lombaire très-remarquable avec *ensellure* caractéristique (Duchenne). Le mê observateur a signalé aussi la lordose lombaire comme résultant de la paral des muscles sacro-lombaires. Dans ce dernier cas, la nécessité où se trouve malade de tenir le haut du tronc en arrière pour éviter sa chute en avant, que la lordose a lieu *sans ensellure*, les fesses étant portées en avant avec bassin.

La lordose franche a pour conséquence la saillie très-prononcée du ventre

lie que l'on pourrait attribuer à une maladie abdominale, si l'on négli-
uminer les vertèbres.

iosE. — Les courbures latérales du rachis ainsi désignées sont celles
ssent principalement le médecin sous le rapport du diagnostic. Bouvier
deux espèces de scoliose : celles par *flexion* et celles par *déforma-*
id elles sont physiologiques, elles sont dues à des attitudes habituelles
par l'action de l'aorte sur un rachis doué d'une force plastique médio-
r une disposition héréditaire (Bouvier, *Maladies de l'appareil loco-*

ioses d'origine pathologique, ou symptomatiques, sont tantôt la consé-
la *contracture* (commune au col, où elles sont accompagnées de rota-
tête), de la *paralysie* (hémiplégie), d'une simple *douleur* (torticolis
ago, pleurodynie, etc.), et tantôt elles résultent du *rachitisme*, de
ucie ou d'un *épanchement pleurétique* actuel ou résorbé.

ioses au niveau du thorax ont pour résultat la *saillie* du côté du dos
lant à la saillie latérale du rachis, la *dépression* du côté opposé, et,
llies de compensation, une *saillie antérieure* du thorax du côté qui
é en arrière, et au contraire une *dépression antérieure* du même
a saillie postérieure. On a conclu de ces faits que les saillies posté-
te et antérieure gauche que présente assez souvent réunies la poitrine
lus très-bien portants, *sans déviation apparente* à droite au niveau
correspondaient à une *déviation intérieure* des corps vertébraux.
n était ainsi, comment expliquer que j'aie observé fréquemment
n-seulement la saillie droite du dos, mais encore la saillie antérieure
ns aucune autre hétéromorphie thoracique (*Rech. sur l'inspect.*
mur. de la poitr., 1838)? Malgré la haute autorité de Bouvier en
tière, je ne saurais voir dans ces hétéromorphies thoraciques (sauf
.ion anatomique) des conséquences nécessaires de scolioses verté-
s tous les cas.

'il en soit, il n'y a pas de déviations vertébrales qui entraînent des
aussi grandes que les scolioses, chez les rachitiques par exemple,
els la cyphose combinée à la scoliose produit la plupart des gibbosités.
rcussion, dans les cas de déviations très-prononcées, le côté saillant
moins sonore que le côté déprimé, qui rend le plus souvent un son
ue : mais la diminution relative de la sonorité du côté saillant ne peut
oujours à la torsion des corps vertébraux de ce côté, car l'atténuation
étend au-delà. Suivant Barthez et Rilliet, l'épaississement relatif ou
omoplates, qui peuvent doubler, tripler d'épaisseur chez les enfants
s, contribue aussi à produire une matité qui peut induire en erreur
respiration physiologique a un timbre soufflant, ce qui est loin d'être
l'enfance. Dans le cas de scoliose lombaire très-prononcée, on peut
s l'abdomen la colonne vertébrale déviée *formant une tumeur* qui, à
n et à la percussion, peut donner le change si l'on n'examine pas la
on du rachis.

ioses ne produisent de gêne dans les fonctions des organes centraux
ilation et de la respiration que dans le rachitisme avec déformations
s très-prononcées; et encore a-t-on exagéré cette influence outre

ÈTE. — On désignait autrefois ainsi toute exagération persistante de
e de l'urine, comprenant aujourd'hui la POLYURIE (diabète insipide)
SURIE (diabète sucré) (*Voy.* aussi au mot URINE).

DIABLE (Bruit de). — *Voy.* VASCULAIRES (Bruits).

DIAPHRAGME. — Les parties du diaphragme qui ne varient pas de po-tion sont les attaches de ce muscle. Sa partie libre au contraire, qui sépare deux cavités du tronc, est extrêmement mobile et par conséquent change soit que, dans l'état physiologique, elle serve à la respiration et à la phona à l'éternument, au rire, à l'action de pleurer, au hoquet; soit que, dans l'é pathologique, le diaphragme se trouve refoulé inférieurement vers l'abdomen supérieurement vers la poitrine.

1° *Maladies.* — Comme les autres muscles du corps, le diaphragme peut atteint de *douleurs* variables, de *contracture* (ou SPASME), d'ATROPHIE, de PA-LYSIE; et ces affections empruntent à la position même de ce muscle, et à fonctions, une physionomie toute particulière. On a observé aussi la PERFO-TION du diaphragme comme complication de péritonite, ou suite d'abcès cancer développés dans le voisinage.

2° *Signes.* — A la suite d'une toux répétée et prolongée, les attaches du phragme sont souvent le siége d'une douleur occupant en travers la base poitrine et particulièrement le rebord des fausses côtes, augmentant par mouvements respiratoires, la toux, l'éternument, etc., en un mot par tous mouvements, et surtout par les mouvements brusques du diaphragme. Cette leur, siégeant des deux côtés, ne doit pas être confondue avec une douleur p-monique ou pleurétique; elle a d'ailleurs un caractère qu'il faut recherch c'est la coïncidence d'une douleur analogue dans les parties voisines des mus de l'abdomen et dans les mouvements de flexion rapide du tronc. Cette dou est bien moins vive que celle qui caractérise l'affection qui a été consid comme un rhumatisme du diaphragme, et qui ne me paraît être qu'une cont-ture de ce muscle de médiocre intensité (*Voy.* RHUMATISME musculaire).

Quoi qu'il en soit, les diverses affections du diaphragme s'accompagnent *troubles fonctionnels.* Ces troubles consistent en une *dyspnée* résultant de brièveté de la respiration, qui ne se fait que par les côtes supérieures, la base la poitrine étant immobile, ainsi que les parois supérieures de l'abdomen. D'au-tres fois la dyspnée coïncide avec la dépression sous-costale et épigastrique l'abdomen *dans l'inspiration*, et avec sa dilatation au contraire *dans l'expi-tion*, mouvements inverses de ceux de l'état normal. C'est ce que l'on obse dans l'atrophie et la paralysie du diaphragme, mais sans qu'on doive y voir signe pathognomonique de ces maladies, car ces phénomènes, ou du moins l'i-mobilité du diaphragme, peuvent s'observer aussi dans *toutes les affecti douloureuses* des organes qui avoisinent le diaphragme, et sans qu'il y ait a nécessairement paralysie des ce muscle, comme on l'a dit. La gêne de la resp-ration peut devenir excessive, et même être rapidement suivie d'asphyxie suite de la contracture ou du spasme du diaphragme; ce spasme s'accompag aussi d'une saillie exagérée des deux hypochondres, qui se remarque surt dans cette maladie. Le *hoquet* est quelquefois un signe d'affection du diaphrag mais il ne constitue pas un signe pathognomonique. Il n'en est pas de même trouble qui se remarque dans l'acte de la *phonation*, lorsqu'il y a inertie diaphragme (atrophie, paralysie) : le malade ne peut alors parler avec continu dès les premiers mots, l'air lui manque, comme s'il était à la fin d'une expira forcée. Ce signe est caractéristique et ne peut être méconnu lorsqu'on l'a une fo constaté.

3° *Exploration.* — On voit que l'*inspection* de la poitrine et de l'épigast est le principal moyen d'exploration dans le diagnostic des affections du dia-phragme. L'*électrisation*, lorsque la paralysie est incomplète, peut aussi êt

moyen de diagnostic, en faisant cesser les accidents paralytiques, immédiatet ou peu après la faradisation des nerfs phréniques. Celle-ci a pour effet de écarter les côtes inférieures et de soulever les parois abdominales pendant l'air entre avec bruit dans les poumons. Cette faradisation localisée des phréniques s'effectue par l'application profonde de chaque réophore coni-n dehors de la portion claviculaire du sterno-mastoïdien et au-dessus de icule. C'est là, en effet, que l'on peut rencontrer le nerf phrénique au at où il contourne le scalène pour pénétrer dans le médiastin. L'électrisation re intermittente, c'est-à-dire interrompue momentanément pour que les ptions correspondent aux mouvements expirateurs qui suivent chaque con-i provoquée (*Voy.* Électrisation, Paralysies locales, Rhumatisme laire, Spasme du diaphragme).

RRHÉE. — Caractérisée par des évacuations alvines plus ou moins li-, abondantes et répétées, la diarrhée est le plus souvent un symptôme. est idiopathique que dans des conditions particulières que nous rappelle-us loin.

aractères. — Les principaux sont fournis par le nombre exagéré des bes devenues plus ou moins liquides, et par la nature même des *matières s*. Elles peuvent, en effet, être stercorales, bilieuses, muqueuses, séreuses, ites, graisseuses, et contenir des aliments non digérés, du sang, des vers aux, des fausses membranes ou concrétions diverses, des calculs biliai-; entérolithes. Le mélange des gaz aux liquides de l'intestin donne quel-lieu à des gargouillements à la pression de la fosse iliaque, et même à isation ou à un bruit de fluctuation faciles à expliquer. Mais ces différents res et ceux qui résultent de la marche des accidents diarrhéiques doivent prochés des conditions dans lesquelles ces accidents se montrent, pour ute leur valeur.

onditions pathologiques et *signification.* — Lorsque l'on constate de la e, il faut se demander si elle est idiopathique ou symptomatique.

le premier cas, elle résulte souvent d'une simple émotion morale ; elle ors que passagère, et n'a besoin que d'être mentionnée. D'autres fois elle durable, et il est difficile de la distinguer de la diarrhée véritablement matique.

; surtout la diarrhée des *très-jeunes enfants* qui mérite une attention lière. Le plus souvent elle est le seul symptôme observé; d'autres fois il s coliques au début, de la fièvre (due parfois à une autre cause, la on, par exemple); l'appétit n'est pas perdu, quoique les selles, le ouvent jaunâtres ou verdâtres, mélangées de mucus, de caséum ou s aliments non digérés, se répètent plusieurs fois par jour, avec ou oliques; en même temps le ventre est volumineux, sonore, mais le plus it indolent à la pression. — Une seconde forme de diarrhée est carac- par tous les symptômes locaux et généraux de l'entérite, et je ne ue renvoyer à cette dernière maladie; car, en pareil cas, il est vraiment sible de distinguer les deux affections, ce qui explique que Barthez et (*Traité des malad. des enf.*, t. I, p. 736) les aient confondues sous e de catarrhes et phlegmasies catarrhales aiguës des intestins (*Voy.* rite).

diarrhée *symptomatique* a une signification différente lorsqu'elle est ou chronique; et dans ces deux conditions il faut en rechercher l'origine une affection de l'intestin, dans une affection d'un autre organe plus ou s éloigné, dans une maladie générale.

La *diarrhée aiguë* se montre : dans l'*entérite* aiguë; dans l'in dans la *dysenterie*, où elle est remarquable par la fréquence des s peu d'abondance et les matières spumeuses et sanguinolentes qui les c dans l'*embarras intestinal* (selles stercorales); dans les *affections ve* de l'intestin; dans les *empoisonnements*, plus ou moins longtemp vomissements; à la suite de l'ingestion fortuite de substances Assez souvent la diarrhée survient par extension à l'intestin d'*infla* d'organes avoisinants, ou comme crise résultant de la rupture d'une liquide, abcès ou kyste, en rapport avec le tube intestinal, qui d issue à des liquides caractéristiques. Une diarrhée véritablement cı survenir, sans rupture, dans le cours de certains épanchements ou pisies. Enfin la diarrhée aiguë se montre fréquemment dans le générales. Elle est souvent un des principaux symptômes du début typhoïde, moins fréquemment de la rougeole et d'autres fièvres dont le début peut simuler ainsi l'invasion de l'affection typhoïde; prodrome et l'un des symptômes caractéristiques du *choléra*, (*bilieuses*, un épiphénomène grave et fréquent de la *fièvre puerpé* *résorption purulente* et de plusieurs autres maladies aiguës qu'il inutile d'énumérer. Enfin, elle est fréquemment une conséquence des *convalescences*. On a distingué des formes de diarrhée très-ı comme ses causes. Trousseau a admis des diarrhées *catarrhales*, *nerveuses*, et d'autres formes comprises dans celles dont il vient d'êt Il pense que la diarrhée de la première dentition peut se tran choléra infantile.

Quant à la *diarrhée chronique*, il me suffit de rappeler qu'elle dans l'*entérite chronique* avec ou sans ulcérations, dans le *cancer* dans les *rétrécissements de l'intestin* où elle alterne avec la c dans toutes les maladies chroniques et dans les *cachexies* propre Graves est disposé à attribuer certaines diarrhées rebelles à la coı l'intestin (*Clin. méd.*, trad. de Jaccoud, t. II). Tantôt la diarrhée co complication ultime et tantôt un symptôme caractéristique qui peut la voie du diagnostic. Telle est la diarrhée chronique avec ama graduel qui peut faire soupçonner l'existence de la phthisie pulm les jeunes sujets. Cette diarrhée des phthisiques, si bien étudiée annonce, suivant cet éminent clinicien, qu'il existe de larges et ı ulcérations intestinales lorsqu'elle est longtemps persistante, qu sont fréquentes et que les matières rendues ont l'odeur de matièr en macération.

La diarrhée peut faire formuler un pronostic très-variable suivant : Quoique purulente, elle est ordinairement favorable lorsqu'elle résu ment de la rupture d'une collection purulente ouverte dans le tube Elle est au contraire très-souvent de fâcheux augure dans le chroniques.

DIATHÈSES. — Que doit-on entendre par diathèse? On a discuté sur le sens de cette expression, dont on abuse beaucoup de et l'on est loin d'être parfaitement d'accord à son sujet, malgré les pı science moderne. On admet en général, avec Chomel, que « la diath prédisposition en vertu de laquelle plusieurs organes ou plusieurs l'économie sont, à la fois ou successivement, le siége d'affections dans leur développement et identiques dans leur nature, lors même présentent sous des formes diverses » (*Pathol. générale*).

…ais on a été plus loin : on a considéré comme des diathèses la plupart des …es internes et peu connues des maladies. C'est ainsi que l'on a admis des dia…s catarrhale, séreuse, venteuse, vermineuse, calculeuse, anévrysmale, …se, névrosique, scorbutique. C'est aussi, selon moi, par un abus de langage …e mot diathèse, dont on abuse tant, a été appliqué à des maladies aiguës dans …ernières années. Pour Castan (de Montpellier) (*Traité élément. des dia*…, 1867), la vraie diathèse est une affection morbide, constitutionnelle, …nséquent chronique et persistante. Cette diversité d'opinions démontre la …lté de limiter le sens réel du mot diathèse.

…que dit Baumès du diagnostic des diathèses, sur lesquelles il a publié un …e étendu (1853), réduit d'ailleurs la question clinique à ses justes limites. …emment, dit-il, une diathèse ne peut être diagnostiquée que lorsqu'elle …tué quelque manifestation; sans cette condition, la considération des …es, des états diathésiques qui ont existé chez des parents, ne suffirait …ur affirmer que des états morbides semblables existent chez un de leurs …dants qui n'en offrirait encore aucun signe. On ne peut pas dire qu'une …e est à l'état latent tant qu'elle n'a donné aucun signe de son existence, …endant la vie d'un individu, aucun signe de ce genre ne s'était montré, … que fussent les conditions diathésiques présentées par ses ascendants …descendants, on ne pourrait pas affirmer que, chez lui, aucune diathèse …té. » Les diathèses ne se reconnaissent donc qu'à leurs manifestations …iques ou symptomatiques, et dès lors l'étude de leur diagnostic rentre …ment dans celle des maladies auxquelles elles se rapportent (*Voy.* CANCER, …e, RHUMATISME, SCROFULES, SYPHILIS, TUBERCULES, etc., maladies pour …les le mot diathèse exprime un principe étiologique bien défini par ses … principe qui serait l'acide urique pour la goutte [diathèse urique de …]).

…GESTIF (Appareil). — Nous pourrions, à propos du diagnostic, entrer … des considérations générales qui ne manqueraient certainement pas …, si ce n'était pas répéter ce que nous avons dit à propos de chacun …ganes qui composent l'appareil digestif : BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, …c, etc. Deux questions pourraient cependant paraître utiles à discuter : …e de la localisation anatomique d'une maladie dans un des organes …s ou dans leurs annexes (foie, pancréas, péritoine, ganglions intestinaux); …uestion de méthode pour l'exploration de l'appareil digestif. Mais la …re question est soulevée et discutée à propos d'un certain nombre de …mènes particuliers qui sont des points de départ pour le diagnostic … il a été traité ailleurs; et quant à l'exploration des organes digestifs, … suffisamment question à propos de chaque organe et de l'EXAMEN DES …s.

…GITALE, DIGITALINE. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

…LATATIONS. — Les organes creux ou qui ont une cavité virtuelle …sceptibles de dilatations, et ces dilatations doivent être considérées …e pathologiques toutes les fois qu'elles sont un signe d'une maladie, ou …s constituent par elles-mêmes des affections qui ont pris place dans …re nosologique. C'est par une accumulation de liquides, moins souvent …s gaz et plus rarement encore par des corps solides que les dilatations …giques ont lieu. Dans un assez grand nombre de cas, ces accumulations, …tant en amont d'un obstacle, finissent par y distendre l'organe d'une …re permanente, en lui faisant perdre son élasticité. C'est ce qui a lieu …l'œsophage, la vésicule biliaire, le cœur, etc. D'autres dilatations partielles,

comme les anévrysmes des vaisseaux, peuvent être favorisées par un ı sement préalable de leurs parois, sans qu'il y ait de rétrécissement de la dilatation. Lorsqu'elles sont le fait de la migration d'un corps s distend outre mesure les conduits biliaires ou urinaires (calculs), ou dans les intestins, il résulte de ces dilatations ou distensions des parfois extrêmement vives, que l'on a qualifiées de coliques (hé néphrétique, venteuse). Dans les cavités closes, comme celles des où s'accumulent les liquides, dans les réservoirs biliaire ou urinair l'utérus, la dilatation, ordinairement graduelle, n'est pas doulou en est de même de celle à marche chronique des autres organe vaisseaux, bronches, œsophage, estomac, etc.; mais ces dilatations festent non-seulement par une augmentation de volume sensible à la et à la percussion, mais encore par des signes particuliers qui doivent considérer à part. Il a été question précédemment du diagnostic VRYSMES (dilatations vasculaires); je vais m'occuper ici de celles des l du *cœur*, de l'*estomac* et de l'*œsophage*.

I. **Dilatation des bronches.** — Décrite pour la première fois par cette affection a été l'objet d'une monographie remarquable due a Barth, et à laquelle je ferai de nombreux emprunts dans cet article.

1° *Éléments du diagnostic.* — Cette maladie, qui est de tous puisque Barthez et Rilliet ne l'ont pas trouvée très-rare dans l'enfance tout fréquente dans la vieillesse. Elle est essentiellement chronique sans réaction fâcheuse en général sur l'ensemble de l'organisme. caractérisée par l'absence de toute douleur thoracique, de dyspnée p et d'altération de la voix, par une *toux* de tous les jours, fréquente en l'*abondance de l'expectoration*, qui est un des signes caractéristi l'affection, et qui se fait par crises une ou deux fois par jour, surtout l La quantité des crachats varie de 150 à 450 grammes au moins par vin heures. Ils sont muqueux, mousseux à la surface, le plus souvent opaque verdâtres, puriformes ou tout à fait purulents, ayant parfois la viscovité d'œuf, comme je l'ai observé chez un malade; rarement ils ont une tein amaranthe ou se compliquent d'hémoptysies légères. Ils forment une mas puriforme mélangée de liquide salivaire, ou presque homogène et su dans l'eau, à laquelle ils ne sont miscibles qu'en partie. — A la *percu* la poitrine, le son est généralement obscur dans le point occupé par la di ordinairement vers la base de l'un ou de l'autre poumon, ou des de assez souvent aussi aux sommets. — A l'*auscultation*, respiration rud soufflante (bronchique ou caverneuse), avec retentissement anomal de avec ou sans râles sonores et surtout humides, à bulles de grosseur vari qu'au gargouillement; ces râles sont modifiés ou cessent par la toux m nément, et parfois les signes de l'auscultation sont presque nuls, ce don se rappeler.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'existence des crises d'expectora lesquelles Barth a insisté avec raison, l'abondance des crachats, et l'ét leurs satisfaisant de la santé malgré la longue persistance de la maladi vent presque faire affirmer qu'il y a une dilatation des bronches. Ce di se confirme si, vers la base de l'un ou des deux poumons en arrière, on des signes d'excavations pulmonaires. Mais ces derniers signes peuvent et les autres signes présentent quelquefois des particularités qui peuvent en erreur, comme on le verra tout à l'heure.

Les antécédents, outre l'expectoration abondante habituelle, rapp

; de pneumonies et souvent de *pleurésies* auxquelles Barth, qui les tache une certaine importance étiologique. J'ai eu sous les yeux, à re, un jeune homme dont la dilatation paraissait remonter à une pleurue deux années auparavant. Les bronchites antécédentes sont fréssi; et, d'après les recherches de Fauvel sur la bronchite capillaire :, on doit considérer cette forme de bronchite comme ayant une trèsuence sur la production de la maladie qui m'occupe, puisque, sur topsies d'adultes ou d'enfants qui en sont morts, il a trouvé des dilabronches *dans tous les cas* (*Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, t. II,)8).

:ion des bronches, une fois produite, a une marche essentiellement On ne peut donc jamais la confondre avec les maladies thoraciques s il n'en est plus de même avec celles qui sont chroniques comme

lorsqu'il n'existe comme signes stéthoscopiques de la dilatation des e des râles disséminés, sans signes d'excavations, on peut facilement e simple *bronchite chronique;* d'autant mieux que, d'après ma propre il est rare qu'il n'y ait pas coïncidence entre les deux affections. l'abondance des crachats et leur expulsion par crises, surtout le nt guère défaut comme signes de la dilatation, et ce caractère difféuffisant, au moins pour soupçonner cette dernière affection. Un confirmatif de grande valeur est la constatation d'un gros râle iégal dans un point circonscrit de la poitrine, et qui ne saurait jar aucune autre cause.

out lorsqu'il existe des signes d'excavation intra-pulmonaire que les iagnostic peuvent être fréquentes. Mais heureusement le siége habilatation des bronches vers la base des poumons, tandis que celui ons tuberculeuses occupe leur sommet, est un signe différentiel de ur. Cependant ce signe n'est pas absolu; on rencontre, en effet, la dilatation bronchique aux sommets des poumons. Les signes caux, respiration bronchique ou caverneuse, râles humides, reten: la voix et de la toux, pourraient facilement faire croire à une monaire. Mais d'un autre côté, ce qui devra en éloigner l'idée, c'est s signes fonctionnels qui résultent de la fonte des tubercules, c'estdyspnée, des douleurs thoraciques, de l'altération de la voix, de la ises évidentes d'expectoration, du dépérissement, de la diarrhée. ement satisfaisant de la santé générale devra suggérer l'idée d'une s bronches. L'existence antérieure des hémoptysies est un signe qui dans les cas douteux, faire trancher la question en faveur de la nonaire, puisque Barth a constaté que ces hémorrhagies avaient existé eût de tubercules pulmonaires, chez deux sujets atteints de dilatation D'après les faits que j'ai observés, les crises d'hémoptysie seraient us fréquentes que ne l'a vu mon savant collègue, ce qui rend la coneux maladies plus facile.

autres affections thoraciques chroniques qui peuvent être confonffection qui m'occupe comme étant caractérisées par des excavaoraciques, on trouve la *gangrène pulmonaire limitée*, et les *épanrulents de la plèvre circonscrits et ouverts dans les bronches*. — ier cas, on constate les signes d'une cavité pulmonaire accidentelle tide caractéristique des crachats. Or, la gangrène à son début peut l'odeur caractéristique tout en se manifestant par les signes d'une

dilatation bronchique, ainsi que j'en ai vu récemment un exemple; et, d'un autre côté, l'odeur fétide de l'haleine et du produit de l'expectoration peut exister sans la dilatation des bronches, ce qui résulte sans doute du séjour des mucosités sur le passage de l'air, et parfois de la gangrène réelle de la superficie des parois des cavités bronchiques signalée par Briquet. Mais c'est seulement dans cette dernière condition que l'on pourrait croire à l'existence d'excavations gangréneuses du poumon, vu la fétidité réelle de l'expectoration, si les antécédents propres à la dilatation des bronches ne venaient facilement lever tous les doutes sur la nature des excavations constatées. — Les mêmes signes locaux d'une cavité contenant un liquide et communiquant avec les voies respiratoires se rencontrent dans les cas d'*empyème circonscrit* communiquant avec les bronches; mais ici les crachats sont plus uniformément purulents, miscibles à l'eau, plus fétides, etc., enfin le pus liquide, presque sans mélange d'air, peut s'échapper, suivant Barth, sans aucun effort de toux et sous forme de jet, de la bouche du malade, lorsqu'il baisse la tête au-dessous du niveau de la poitrine.

D'après ce qui précède, on voit que le *siége* de la dilatation, à la base ou au sommet des poumons, rend le diagnostic plus ou moins facile. Je dois faire remarquer que la dilatation est quelquefois *centrale*, comme je l'ai observé chez un malade qui rendait chaque jour une énorme quantité de crachats, et chez lequel la dilatation ne donnait lieu qu'à des signes stéthoscopiques insignifiants. — Le *degré* de la lésion devra donc s'établir plutôt d'après l'abondance quotidienne de l'expectoration et l'ancienneté de la maladie, que par l'étendue apparente des signes physiques. — Quant aux *complications* de la dilatation des bronches, je n'ai qu'à rappeler les bronchites intercurrentes, les hémoptysies et la gangrène superficielle de la muqueuse des excavations dont il a été question plus haut.

3° *Pronostic.* — Cette dilatation est remarquable par sa bénignité, et n'empêche pas les malades d'atteindre un âge avancé. Ils peuvent toutefois, par suite de l'abondance de l'expectoration et de l'imperfection de l'hématose, éprouver un affaiblissement notable. De plus, j'ai eu sous les yeux, à l'hôpital Necker, un jeune homme de vingt ans, offrant une dilatation des bronches des plus manifestes à la base des deux poumons, et qui succomba inopinément, malgré un état florissant de santé, à une cause qui ne put être recherchée par l'autopsie. Cette cause était sans doute étrangère à la dilatation bronchique, car cette affection ne peut avoir pour conséquence, par suite de l'abondance extrême de l'expectoration et sans doute aussi de l'imperfection de l'hématose, que de produire l'affaiblissement et le découragement des malades.

II. **Dilatation du cœur.** — La dilatation du cœur est presque toujours liée à d'autres lésions principales qui attirent principalement l'attention du praticien, et qui font que le diagnostic de la dilatation ne peut offrir que des probabilités.

Lorsque la dilatation est jointe à l'hypertrophie, ce qui est l'ordinaire, ses signes peuvent être dominés par ceux de l'hypertrophie. Quoi qu'il en soit, on a indiqué, comme signes de la dilatation, des bruits du cœur *plus secs et plus clairs* que dans l'état sain, surtout le premier bruit, qui se rapproche alors du second par ses caractères (Laennec, Hope). Si l'on y joint le peu d'intensité de l'impulsion du cœur, l'étendue de la *matité*, la faiblesse du *pouls*, qui est mou et facile à déprimer, une gêne plus ou moins grande de la *respiration* par suite du ralentissement de la circulation, la stase veineuse et ses conséquences (voy. Cœur), on aura l'ensemble des symptômes qui peuvent faire soupçonner

n du cœur. Kennedy, de Dublin, croit avoir constaté que la dilatation es cavités du cœur donne lieu à une impulsion sensible à l'œil et à la une surface plus large qu'il n'est naturel, sans que cette impulsion soit te pour ébranler et soulever la poitrine comme dans l'hypertrophie *néd.*, 1859, t. II).

latation de l'estomac. — La dilatation ou l'ampliation chronique nac est quelquefois si considérable que l'organe envahit toute la hau- ibdomen. C'est un état pathologique qui présente des signes particuliers st essentiel de connaître, non-seulement pour ne pas les confondre tres affections, mais encore parce que la constatation de cette dilatation uire au diagnostic de la maladie qui l'a produite. La dilatation de l'es- ; en effet, le plus souvent symptomatique. Duplay, en 1832 (*Arch. de* plus récemment le docteur Rilliet (*Gaz. hebd.*, 1859) ont publié sur eux Mémoires qui renferment les documents les plus importants à con-

ients du diagnostic. — Lorsque cette ampliation existe, le ventre l'abord à la vue un développement plus ou moins considérable, mais iiforme et n'a rien de caractéristique, à moins que, chez un sujet forme particulière de l'estomac dilaté ne *se dessine en saillie* d'une anifeste, comme le docteur Louis l'a signalé le premier, à propos de hie de la membrane musculaire de l'estomac (*Rech. anatom.-pathol.*, 826). Ce signe n'a pas été suffisamment noté par les auteurs. Suivant y a des *vomissements peu fréquents*, ou plutôt de simples *régurgi-* mucus abondant et contenant des substances alimentaires anciennes. gitations, précédées d'un *sentiment de plénitude*, sont suivies de nt, et la plupart des autres signes varient si on les recherche avant ou cuation. 1° Avant, le palper sent une *tuméfaction* étendue oblique- hypochondre gauche à la fosse iliaque droite, la percussion produit *ir* supérieurement et un *son mat* inférieurement, sons qui varient ition du sujet ; le BALLOTTEMENT, et la succussion pendant l'appli- l'oreille sur l'addomen, donneraient, suivant Duplay, une sensation de nent. 2° Après l'expulsion des matières contenues dans l'estomac, la l'organe se dessine moins bien, le son mat diminue d'étendue, les atérales et la succussion ne produisent plus de gargouillement.

appelé l'attention sur les caractères des matières vomies. Elles sont les par leur *abondance*, qui est hors de proportion avec la quantité s et d'aliments ingérés dans la journée ou la veille, par les *résidus* *s indigérés* pris plus ou moins longtemps auparavant qu'on y par leur *odeur* analogue à celle de la graisse rance ou de certains utréfaction, parfois par leur *saveur*, dont l'acidité est détestable. Il les vomissements ont rarement lieu tous les jours, et se reproduisent par *crises*, qui constituent quelquefois autant de petites maladies.

uctions diagnostiques. — Les différences comparatives dans les nus avant et après le vomissement, et sur lesquelles Duplay fonde ment le diagnostic de la dilatation stomacale, ont, en effet, une valeur onique. Mais il y a des cas, dit Rilliet, où cette comparaison est , les vomissements étant nuls ou rares, ou au contraire plusieurs fois ns une seule journée. Ce sont là, il est vrai, des faits exceptionnels, ne faut pas perdre de vue, puisqu'ils ont donné lieu à des erreurs de très-graves. On a cru, en effet, à une *acite* (Chaussier), à une *gros-* nnet, Jodon), ou même à une *tumeur*, comme Rilliet en rapporte un

exemple. Cet éminent observateur ne pense pas, avec Duplay, vu la perte de l'a pétit des malades, que, dans l'état de vacuité de l'estomac, on puisse faire se au diagnostic l'ingestion des aliments et des boissons dans le but de disten poche stomacale. Mais quand le malade sent les substances ingérées desce jusqu'à la partie déclive de son abdomen (Duplay), on ne saurait méconna valeur de ce signe. Lorsque l'estomac est énormément distendu et o presque tout le ventre, on pourrait croire, comme l'a fait Rilliet, à une tu *abdominale*, à un *kyste de l'ovaire* chez la femme, à une tumeur d'un a organe chez l'homme, et il est alors difficile d'éviter l'erreur tant que les v sements font défaut. Les difficultés du diagnostic résultent aussi, non-se ment de l'absence des vomissements, mais encore de leur très-grande fréqu parce que les symptômes abdominaux manquent (Rilliet). La forme de la m de la dilatation stomacale, matité qui a un niveau *transversal*, suffirait, Valleix, pour faire distinguer cette affection de l'ascite, dont la matité pré une limite à concavité supérieure.

On voit que la dilatation permanente de l'estomac présente des formes o degrés différents qui influent sur la facilité du diagnostic. Mais le point in tant, une fois la dilatation constatée, c'est d'en déterminer la cause a mique.

Cette cause est, le plus souvent, un *cancer gastrique* produisant obsta pylore, obstacle qui entraîne la dilatation. N'est-ce pas au cancer qu'il fau porter les troubles dyspeptiques et certains vomissements de sang, attri l'ampliation stomacale? C'est ce qui n'est pas exactement établi. Le canc la maladie primitive habituelle en pareils cas, celle à laquelle on doit p tout d'abord en constatant la dilatation de l'estomac. Cependant il ne fau oublier que des *ulcérations simples* peuvent produire le rétrécisseme l'orifice pylorique, ce qui entraîne l'ampliation de l'estomac, et que cette a tion peut exister même avec un pylore largement perméable, ainsi que l'o remarquer Duplay et Rilliet.

Une circonstance anatomique utile à rappeler, lorsqu'il existe un c pylorique, c'est la position de l'orifice inférieur de l'estomac.

Tantôt, en effet, le pylore s'abaisse plus ou moins en se rapprochant ligne médiane, de manière à faire occuper à l'organe la partie gauche de domen ; et tantôt, au contraire, suivant Duplay et Rilliet, il tend à s'élev se rapprocher du cardia, la dilatation de l'organe ayant lieu par l'ampliati la grande courbure, et la petite courbure subissant au contraire une dimi de longueur. Il en résulte qu'il faut chercher la tumeur dans des points différents de l'abdomen, comme cela a lieu du reste dans des cas de c sans ampliation manifeste de l'estomac. Lorsque la dilatation se dessine e saillie visible à l'extérieur, cette circonstance permet d'arriver directem palper le pylore, à la réunion des deux courbures visibles de l'estomac.

3° *Pronostic*. — Dans le cas de cancer ou d'oblitération pylorique p complète, il est clair que la dilatation de l'estomac est incurable. Mais observé un certain nombre de faits (Pézerat, Guyot) qui ne permettent p douter que la dilatation survenue sous l'influence de causes purement dy ques ne puisse guérir, ainsi que l'a fait remarquer Rilliet.

IV. **Dilatation de l'œsophage**. — La seule dilatation de l'œsophag intéresse le praticien, comme se révélant par des signes particuliers, est qui s'opère au-dessus d'un rétrécissement permanent de l'œsophage. Cette tation se caractérise par la *tuméfaction du cou*, qui résulte de l'accumulati aliments au niveau de la dilatation, lorsque celle-ci occupe la partie supéri

sophagien, par la *disparition de cette tuméfaction* par le fait
ces *aliments* accumulés, rejet qui se fait ordinairement après un
n moins long, à partir de l'ingestion, et enfin par la *fétidité de*
à l'altération des aliments qui ont séjourné au niveau de la poche
e. L'ensemble de ces signes peut suffire au diagnostic ; mais il est
la question principale est, en pareil cas, le rétrécissement de l'œso-
u-dessous de la dilatation, et dont il est l'origine (*Voy.* RÉTRÉ-
de l'œsophage).

ÉRIE. — Cette maladie, dont on doit la première description à
a motivé un grand nombre de travaux, de la part de Trousseau,
iche, Barthez et Rilliet, Empis, Gubler, Isambert, Sée, Bouchut,
et les thèses remarquables de Millard (1858), Pératé (*id.*), Péter
ieux (agrégation, 1860). Suivant Littré, Hippocrate aurait décrit
d'angine diphthérique.

rie a été successivement considérée par Bretonneau comme une
locale spéciale, à marche envahissante (*Traité de la diphthérite*,
omme une affection contagieuse locale, dont les progrès, s'ils ne sont
uisent une intoxication grave analogue à celle de la syphilis constitu-
ch. de méd., 1855, t. V et VI). Dans ces derniers temps, Paterson
s, 1866) a rapporté un fait démonstratif de la contagion virulente
à un homme de quarante-trois ans ayant eu trois enfants, qui suc-
la diphthérite. Il tenta, chez l'un d'entre eux, d'enlever l'obstacle
ans le gosier, à l'aide d'un doigt qui était excorié ; une diphthérie
e, de graves accidents généraux et plus tard une paralysie tempo-
nbres inférieurs démontrèrent la réalité de la contagion. Les épidé-
si cruellement sévi à Paris, il y a quelques années, démontrent mani-
e, si l'affection a été primitivement limitée dans certaines épidémies
localités particulières, elle s'est montrée aussi d'emblée comme
rale plus ou moins grave, comme une sorte d'empoisonnement,
d nombre de faits.

ière d'envisager la diphthérie est générale aujourd'hui, si l'on en
nombreux travaux publiés dans les derniers temps.

its du diagnostic. — Ils sont locaux ou généraux.

station locale la plus caractéristique de la maladie est la produc-
s muqueuses accessibles à l'air ou sur le derme dénudé, d'une
seudo-membraneuse particulière.

membrane diphthérique résulte d'une exsudation qui se concrète
ient. Elle constitue une première pellicule grisâtre et mince, surtout
s, qui sont limités par un liseré rouge. D'abord facile à enlever,
te, et recouvrant une muqueuse privée de son épithélium et habi-
aine d'ailleurs, la concrétion s'épaissit, devient opaque, lichénoïde,
hérente, de plus en plus adhérente ; son arrachement, qui est alors
ntre la muqueuse pointillée de rouge, même saignante, assez sou-
e dans le pharynx, et surtout dans la bouche. Ch. Robin, Empis
héd., 1850, t. XXII), et Isambert ont constaté que le *microscope* ne
une différence dans plusieurs espèces de concrétions membrani-
hthériques et autres, quoique leur aspect soit différent, ce qui tient
au groupement moléculaire. Les concrétions diphthériques sont
presque uniquement de fibrine, dont l'aspect microscopique est
granuleux, et renferme soit des globules de pus et de sang, soit des
héliales de la région affectée. Ch. Robin, et Laboulbène (*Rech. clin. et*

anat. sur les affect. pseudo-membraneuses, 1861) y ont signalé des *vi*
des genres *bacterium* et *vibrio*, surtout du premier genre, ayant le





Examen microscopique des fausses membranes de la diphthérie (Laboulbène).
Fig. 27. — Diphthérie du pharynx. *Fig.* 28. — Diphthérie du

forme et raide, *fig.* 27 et 28. Les caractères chimiques de ces fauss
branes sont sans importance.

Les symptômes locaux de la diphthérie varient d'ailleurs suivant l
On conçoit que les fausses membranes soient visibles dans le pharyn
bouche, au niveau de l'œil, à l'extrémité du pénis, à la vulve, à l'a
les diverses parties du tégument cutané; or, il s'y joint des *phé*
fonctionnels ou des particularités qui concourent à compléter le d
comme on le verra plus loin. Les fausses membranes ne peuvent êtr
dans le larynx ou la trachée (croup) qu'à l'aide du laryngoscope; elle
l'être aussi à l'aide du même instrument dans les fosses nasales pos
Elles sont invisibles dans les bronches (bronchite pseudo-membraneu
peuvent être expulsées au dehors, en même temps que s'observent
phénomènes laryngiens, bronchiques, ou du côté de la pituitaire.
différents organes, les concrétions diphthériques peuvent apparaître
dans le cours d'une épidémie et y rester limitées, ou bien envahir
en proche les parties voisines, en commençant le plus souvent par le

Les symptômes généraux, pouls petit et fréquent, et accablement
(avec bouffissure considérable des parties latérales du cou et du
visage), ont été d'abord observés par Bretonneau (*Addit. supplé*
Traité, p. 16). Mais il fallu les épidémies que l'on a été à même d'o
Paris dans ces dernières années, et notamment en 1855, pour qu
rencontrer des cas assez nombreux d'accidents généraux prédomin
rapport aux symptômes locaux, et venant démontrer que toutes les é
sont loin de se ressembler. Tantôt, en effet, les phénomènes géné
nuls ou à peu près, et la maladie paraît être locale; tantôt les ph
généraux sont proportionnés aux phénomènes locaux; tantôt enfi
exagération des accidents généraux coïncidant avec des lésions loc
légèrement accentuées pour pouvoir expliquer l'intensité de ces
généraux.

Je vais avoir à revenir sur ces différents éléments du diagnostic.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le signe pathognomonique de la d
est la fausse membrane exsudée, lorsqu'elle est située de telle f
l'on puisse la constater sur place, ou qu'elle est expulsée de parties p

ssibles à l'exploration directe. En effet, les symptômes fonctionnels, naissance d'une épidémie régnante, et celle des conditions étiologiques vent que faire soupçonner plus ou moins fortement la diphthérie, xistence n'est certaine que lorsque celle des exsudations diphthériques connue directement ou indirectement. Il résulte de là qu'il est essentiel e connaître les affections dont les lésions locales peuvent simuler ncrétions diphthériques, et de savoir les distinguer de la véritable érie.

ord, *du côté du pharynx*, où la localisation de la diphthérie est le mmunément observée, cette maladie est simulée par certaines pharyn-mples, mais surtout par l'angine scarlatineuse pultacée. Dans la *pharyn-mple*, la paroi postérieure du pharynx est quelquefois tapissée par une le mucus épais et jaunâtre que j'ai vu prendre pour des concrétions membraneuses, mais qu'il suffit de détacher par le frottement d'un de cuiller pour en reconnaître immédiatement la nature. D'un autre gonflement inflammatoire des amygdales qui caractérise la pharyngite e s'accompagne assez souvent de petits points d'exsudation jaunâtres, es, occupant les lacunes des tonsilles, et qui sont pris trop souvent concrétions diphthériques commençantes. Je ne saurais trop insister t, la méprise conduisant, comme je l'ai vu, à alarmer hors de raison , et à user d'un traitement à la fois pénible et inutile. Le siége même uscules au niveau des follicules, et l'examen au microscope de la qui les constitue et qui la montre composée de matière sébacée et ités concrètes, lèveront tous les doutes. — Les *concrétions pultacées euses* sont blanches, opaques, caséiformes ; elles se laissent facilement et ne prennent ni l'aspect lichénoïde, ni la cohérence d'une fausse e diphthérique. Elles peuvent être étendues aux amygdales, au voile et aux parois du pharynx, où leur couleur contraste avec la rougeur e ces différentes parties. Un autre caractère distinctif de ces concré-it de n'avoir aucune tendance à se propager dans les conduits aérifères eau). J'insiste sur ces caractères locaux, parce que ce sont les plus s. La concomitance de l'éruption scarlatineuse est une donnée qu'il faut toujours rechercher avec soin pour déterminer la nature de l'angine ; il faut se garder toutefois d'attacher à la présence de , ou à son absence, une importance exclusive ; car la diphthérie peut er la scarlatine, et l'angine scarlatineuse pultacée peut exister sans dans le cours d'une épidémie de scarlatine. J'ajouterai de plus que, des observateurs les plus compétents, il est parfois impossible d'établir pultacée ou diphthérique de l'exsudation. Le microscope lui-même ujours, dans les deux cas, une identité de composition des parties . On voit que, s'il est quelquefois facile de distinguer les exsudations uses de celles de la diphthérie, cette distinction ne paraît pas être dans un certain nombre de cas. — L'angine diphthérique, abandonnée ême, se borne quelquefois au pharynx, et présente un aspect des plus nts qui, suivant Bretonneau, peut simuler un *cancer ulcéré du* .

té de la bouche, la diphthérie constitue la stomatite couenneuse, la e diphthéritique de Bretonneau, et la stomatite ulcéro-membraneuse ez et Rilliet. Les fausses membranes s'observent le plus souvent sur ves, plus rarement sur les joues, sur la partie interne des lèvres ou sur , et n'occupent ordinairement qu'un côté de la bouche, surtout le

gauche (Taupin, Barthez et Rilliet), sans atteindre la voûte palatine; elles res[tent] ordinairement bornées à une surface peu étendue, et limitées à la ca[vité] buccale; ou bien, au contraire, suivant Bretonneau, elles gagnent le pha[rynx] et le larynx. La muqueuse est ordinairement ulcérée sous les exsuda[tions] couenneuses; c'est tantôt l'ulcération, tantôt l'exsudation qui prédomine. [Les] plaques, irrégulièrement arrondies, d'une étendue variable entre celle [d'un] petit aphthe et celle d'une pièce de deux francs, ont des bords rouges, viol[acés,] mous et saignants, une surface inégale, et la concrétion, enlevée avec p[récaution,] découvre une ulcération saignante plus ou moins profonde. L'ulcération [peut] occuper aussi le bord des gencives, et être entourée d'une zone blanc[he de] fausse membrane, qui est séparée de la partie saine de la muqueuse p[ar une] ligne proéminente d'un rouge foncé : c'est la stomacace diphthéritique d[e Bre]tonneau. Le déchaussement et l'ébranlement rapide des dents peuvent en [être la] conséquence. Les ganglions sous-maxillaires du côté malade sont plus ou moins tuméfiés, l'haleine est toujours plus ou moins fétide; la joue peut être gonflée au niveau de la lésion; rarement il y a une salivation abondante. Au reste, la physionomie ou l'ensemble de la maladie varie beaucoup suivant les épidémies, et l'on ne peut avoir la prétention de faire une description générale applicable à toutes.

Quoi qu'il en soit, la diphthérie buccale se distingue facilement du *muguet*, dont les concrétions, d'un blanc de lait, débutent par points isolés et non par plaques; elles se laissent facilement enlever en découvrant une muqueuse rouge munie de son épithélium; elles occupent indifféremment la langue, les joues et les gencives, et enfin elles montrent au microscope un végétal parasite (l'*oïdium albicans*).

La *gangrène de la bouche* ou *noma*, qui atteint rapidement toute l'épaisseur de la joue, ne sera pas confondue avec la diphthérie buccale ; mais il y a une variété de gangrène grise de la muqueuse, dont les détritus sont *insaisissables à la pince*, suivant Bouley et Caillault (*Gaz. méd.*, 1852), et qui a été considérée à tort comme la stomatite ulcéro-membraneuse. Il est clair que cette fluidité des détritus de la muqueuse et ses éléments histologiques visibles au miscroscope empêcheront toute méprise. Le microscope tranchera également la question de savoir si une stomatite pseudo-membraneuse est ou non *gangréneuse*, les débris montrant les éléments normaux des parties atteintes dans le cas de gangrène (E. Barthez), au lieu de la fibrine des concrétions diphthériques.

Bretonneau a signalé la difficulté de distinguer la *stomatite mercurielle* d'avec les productions couenneuses de la véritable diphthérie. Cependant, suivant cet observateur, les exsudations mercurielles sont moins bien circonscrites que celles dues à la diphthérie; elles ne forment pas d'expansions lichénoïdes comme elles, et leur origine est facilement établie par les anamnestiques du traitement, auxquels il est presque toujours facile de recourir. — Enfin il faut se garder de confondre, comme l'a fait remarquer Isambert, la stomatite diphthérique qui occupe les gencives avec la *pyorrhée alvéolodentaire*, décrite par Toirac, affection qui est essentiellement locale et qui consiste en une ulcération de la sertissure des dents, avec la sortie d'un pus sanguinolent de l'intérieur de l'alvéole : cette maladie, très-fréquente à l'hôpital des enfants, est presque générale dans l'armée, suivant Bergeron.

Lorsque les fausses membranes occupent partiellement les portions [visibles] de la *muqueuse nasale*, on pourrait les prendre pour des *ulcérations [syphili]tiques ;* car de part et d'autre il y a fausse membrane et engorgement [des gan]glions cervicaux. Mais la diphthérie des fosses nasales a une marche

lement aigué, tandis que celle de la lésion syphilitique est essentiellement chronique : ce caractère, auquel on en pourrait ajouter d'autres, suffit à lui seul pour faire éviter la méprise.

Quant à la diphthérie de la *conjonctive oculaire* et à celle du *conduit auditif*, de la *vulve* ou de l'*anus*, ces localisations motivent des erreurs de diagnostic. La pseudo-membrane de l'*ophthalmie des nouveau-nés*, semblable à celle de la diphthérie sous le microscope, s'en distingue par sa transparence, son peu d'épaisseur et son défaut d'adhérence à la muqueuse oculaire, d'où on la détache tout d'une pièce (Chassaignac). Quant à la diphthérie vulvaire, on l'a prise quelquefois pour une lésion *syphilitique*. Pareille méprise pourrait bien se commettre lorsque la diphthérie occupe l'anus.

Du côté de la peau, il sera presque toujours facile de reconnaître la diphthérie au niveau des excoriations ou des plaies : vésicatoires, bords d'abcès ouverts, ulcérations diverses, piqûres de sangsues, excoriations intertrigineuses ou du mamelon des nourrices allaitant un enfant atteint de diphthérie. On peut cependant commettre des méprises au niveau des vésicatoires. D'une part, les cantharides peuvent donner lieu sur les muqueuses à des concrétions absolument semblables aux concrétions diphthériques; et, d'un autre côté, il est reconnu que les vésicatoires peuvent se recouvrir de véritables couennes de cette dernière espèce. Or, il n'y a, comme caractère propre à la diphthérie, que l'extension de la plaie superficielle et des pseudo-membranes, extension due à l'inflammation phlycténoïde des parties voisines, comme l'a constaté Trousseau. L'existence d'une épidémie de diphthérie, pendant laquelle on verra un vésicatoire se recouvrir d'une production pseudo-membraneuse, sera aussi une circonstance qui fera fortement soupçonner qu'il s'agit d'une couenne diphthérique; et, en pareil cas, le soupçon a son importance, puisqu'il conduit à un traitement rationnel.

Lorsqu'on ne peut constater directement l'existence de la concrétion diphthérique, comme dans les cas où elle se développe dans la profondeur des *fosses nasales*, du *pharynx* ou dans les *voies aériennes*, elle n'est plus le point de départ du diagnostic, si les débris de la fausse membrane ne sont pas expulsés au dehors.

On ne saurait trop recommander, avec Bretonneau, de se défier, en temps d'épidémie surtout, des *coryzas diphthériques*, qui peuvent d'abord ne différer en rien d'un coryza simple, et qui se révèlent ensuite très-rapidement par des accidents graves résultant de l'extension de la maladie au pharynx et au larynx. Il est donc essentiel d'explorer toujours le pharynx avec le plus grand soin, d'être en un mot toujours en éveil pour surveiller l'envahissement du mal local. Bretonneau a fait remarquer que le coryza diphthérique s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire qu'il faut rechercher par la palpation *au-delà de l'angle de la mâchoire inférieure, au-dessous du lobe de l'oreille*, et de là sur les parties latérales du cou. S'il y a engorgement des ganglions lymphatiques, il est très-probable qu'il existe un coryza diphthérique; cela est certain, dit Bretonneau, si la peau de la lèvre supérieure est rougie seulement sous la narine qui correspond au côté de l'engorgement ganglionnaire.

S'il existait en même temps que le coryza un état général grave que n'expliquerait pas l'état apparent des organes : de la prostration après des frissons erratiques, du malaise, de l'anorexie, un pouls fréquent, peu développé, etc., on pourrait se demander si l'on doit soupçonner l'existence d'une *rougeole*, ou bien redouter une de ces diphthéries constituant une sorte d'intoxication dès le début, et que tous les traitements locaux ou généraux n'ont pu jusqu'ici enrayer

dans leur marche rapide et fatale. C'est dans des cas pareils que l'expulsion lambeaux de fausses membranes est utile pour confirmer le diagnostic. Si même état général grave se rencontrait avec une dysphagie dépendant d'u pharyngite diphthérique profonde, on pourrait croire à une *scarlatine* à s début. Mais un symptôme qui est ici de la plus grande valeur, et qui p confirmer dans le diagnostic d'une affection dipthérique, c'est la *tuméfacti considérable et parfois très-rapide des ganglions sous-maxillaires*, q devra faire soupçonner et même affirmer qu'il existe une diphthérie si l'affe tion est régnante. Ce signe, de très-grande valeur, depuis qu'il a été signa par Bretonneau, ne devra pas, comme cela est arrivé, être confondu avec simples oreillons.

Il me resterait à parler des cas dans lesquels la maladie débute d'emblée *par larynx*, s'il ne s'agissait simplement alors du diagnostic du CROUP, dont il a é traité dans un article spécial auquel je renvoie. Je ferai seulement remarq que la suffocation qui survient dans la diphthérie n'est pas toujours un signe diphthérie localisée dans les voies aériennes, mais que l'asphyxie peut se mo trer comme conséquence du gonflement périganglionnaire du cou étendu pharynx et aux voies aériennes, et constituant une sorte d'œdème dur, com j'ai eu la triste occasion de le voir chez notre infortuné confrère Valleix. Br tonneau, dans le traité duquel on trouve tant de détails intéressants sur diphthérie, a entrevu l'influence de l'œdème, au moins comme cause second d'asphyxie, lorsqu'il se demande si la fluxion œdémateuse de tous les tis voisins du larynx et de la trachée n'agit pas dans le même sens que la fau membrane croupale (*ouv. cité*, p. 235).

J'ai parlé plus haut des phénomènes généraux de la diphthérie qui ont é principalement observés il y a quelques années, et qui sont tantôt proporti nés à l'intensité des accidents locaux, et tantôt très-prédominants dès le déb Dans le premier cas, les phénomènes locaux seront la base du diagnostic; dans le second cas, en supposant même que la concrétion diphthérique ne pui être aperçue, il existera toujours quelques symptômes locaux, principalement dysphagie et le développement peu ordinaire des ganglions sous-maxillaires, q viendront révéler la nature de la maladie, surtout en temps d'épidémie.

Si les symptômes ou signes locaux sont les principales données du diagnosti ces données ne sont pas les seules. D'abord la connaissance de certaines *caus* de la diphthérie est quelquefois d'une grande valeur : telles sont l'existen d'une épidémie régnante de la maladie, et, dans certains cas, la contagion, q ne saurait plus être niée, et dont on a eu de trop fréquents exemples dans le cor médical. Cette contagion, qui heureusement n'est pas constante, a-t-elle li par l'air (miasmes) ou par inoculation directe? Le premier mode est parfait ment démontré, le second me semble l'être aussi par le fait de Paterson rappel au commencement de cet article.

Une circonstance capitale dont il faut tenir compte dans le diagnostic de l diphthérie, c'est son invasion primitive ou secondaire. Elle n'est pas toujou facilement reconnaissable lorsqu'elle se développe secondairement dans le cou d'une autre maladie, comme la diphthérie bronchique observée dans l'épidém de *grippe* de 1837, par Nonat (*Arch. de méd.*, 1837, t. XIV). La diphthéri peut se développer d'ailleurs dans une foule d'autres affections fébriles qu'i serait trop long d'énumérer, mais parmi lesquelles je rappellerai seulement les *fièvres éruptives* et l'*affection typhoïde*. Ces particularités étiologiques ont été confirmées récemment par Péter (*Gaz. hebdom.*, 1866). C'est surtout dans la *scarlatine*, comme je l'ai dit précédemment, que son diagnostic présente des

ltés, en raison de la présence des concrétions pultacées non diphthériques nt si fréquentes dans cette affection.

'ai pas non plus à traiter, au point de vue du diagnostic, du *siége* si varié sions diphthériques, ni de leur étendue : ce sont des particularités qui tent suffisamment des développements dans lesquels je suis entré précé-ent. Mais il me reste à parler de certaines formes et des différents degrés nsité de la diphthérie.

a fait autant d'espèces de diphthéries qu'il y a de parties principales que sions locales peuvent envahir d'emblée : fosses nasales, pharynx, larynx, e, bronches, surface cutanée, etc., et l'on a surtout insisté sur les cas où ynx se prend d'abord (croup primitif); mais il est évident que ces dis-ns multipliées, qui doivent être prises en considération pour le diagnos-e sauraient servir de base pour des distinctions nosologiques, la maladie une, mais variable dans ses modes de manifestation. Bretonneau a, dès le de ses recherches, mis en évidence ce dernier fait. Il ressort de ses ires que la maladie, qu'il croyait d'abord toujours épidémique, pouvait ussi sporadique. Il a décrit sous les dénominations d'*angine couenneuse une*, d'*angine membraneuse ou polypeuse sporadique*, de *diphthérite cale sporadique*, de véritables diphthéries localisés, ne présentant pas tendance à l'envahissement qu'il avait observée dans les épidémies.

première, l'angine couenneuse commune, qui mérite seule d'être signalée, crite par Bretonneau comme se réduisant souvent à une légère indisposi-dans laquelle l'*herpès labialis* coïncide avec l'érosion couenneuse à la e de l'une des amygdales, avec tuméfaction médiocre, rougeur peu étendue scrivant la tache blanche, gonflement douloureux, mais non exagéré des ons lymphatiques, état fébrile, douleurs vagues dans les articulations, ano-Dans un Mémoire important, Gubler a considéré la concrétion pharyn-e alors observée comme la conséquence de l'herpès dont une plaque, sié-sur l'amygdale, fournirait l'exsudat pseudo-membraneux. Trousseau a é cette opinion; il insiste pour le diagnostic différentiel avec la véritable érie pharyngienne, sur le mouvement fébrile du début, et sur la coïnci-de l'éruption herpétique au niveau de la muqueuse buccale ou des lèvres. l'herpès n'occupe que le pharynx et qu'il est masqué par les concrétions, gnostic est plus difficile et se fonde surtout sur la fragilité de l'exsudat blanc jaunâtre, qui se laisse facilement enlever, en laissant à nu une exul-on plus ou moins étendue. Trousseau insiste sur la transformation possible tte angine herpétique en angine diphthéritique vraie (*Clinique méd.*, p. 433). Il ne faut pas conclure de l'existence de l'angine herpétique dont nt d'être question, que tout herpès aigu fébrile, même très-étendu, est mpagné de cette angine, car plusieurs faits que j'ai observés m'ont démontré ne éruption simplement vésiculeuse d'herpès peut exister à la gorge.

ut-on voir dans toutes les formes de la diphthérie autre chose qu'une diffé-e de siége ou d'intensité de la maladie? Je ne le pense pas. La *diphthérie lisée* sans tendance envahissante, comme l'angine diphthéroïde de Lasègue *ité des angines*, 1868), celle qui *s'étend rapidement* à une vaste surface, e enfin qui s'accompagne des symptômes généraux d'une *intoxication grave*, les trois types principaux de la diphthérie, types dont on ne tient pas assez pte dans l'interprétation des faits observés, et entre lesquels il y a des ces nombreuses. Je dois ajouter que le regrettable Gillette, qui devait périr me de la diphthérie contractée auprès d'un enfant, a signalé une forme *morrhagique* dans laquelle, outre les fausses membranes, il y aurait des

pertes de sang plus ou moins inquiétantes (*Soc. des hôp.*, sept. 1858). C
forme est exceptionnelle.

Parmi les *complications* de la diphthérie, on doit ranger la *gangrène*,
dans quelques faits rares, peut coïncider avec la présence des fausses
branes, et l'*asphyxie*, qui est la conséquence de la diphthérie des canaux
piratoires. Mais il y a, en outre, des *accidents consécutifs*, qui doivent être
prochés de leur véritable cause. Ce sont les *paralysies diphthériques*
ulcérations cutanées.

Les *accidents paralytiques* consécutifs, signalés en partie depuis longt
et dont Littré a rapporté la première indication à Hippocrate (*Bullet*
l'Acad. de méd., juin 1861), ne sont bien connus que depuis la publi
des intéressantes recherches de Maingault (*Thèse*, 1854; Mémoire sur la
lysie diphthérique, 1860). Sur quatre-vingt-dix observations de par
qu'il a pu réunir, il a noté, isolées ou combinées, les variétés suivantes,
les plus fréquentes : paralysies du *voile du palais*, paralysies *généra*
amauroses, plus rarement des paralysies des muscles de l'œil (*strabi*
des muscles du *cou* ou du *tronc*, des troubles isolés de la *sensibilité*,
phrodisie, la paralysie du *rectum*, et enfin la paralysie de la *vessie*. H
a rencontré comme paralysies de ce genre, outre celles du pharynx et du
palais, qui sont les plus communes, les paralysies du tronc et du diapl
la paraplégie, l'aphonie (*Arch. de méd.*, 1862, t. XIX). Cette simple én
tion n'a pas besoin de longs commentaires. Il me suffira de rappeler
connaissance de la diphthérie, comme antécédent, plusieurs semaine
l'invasion de la paralysie, en révèlera facilement l'origine, maintenant
est bien connue. La paralysie du voile du palais marque presque touj
début de ces accidents consécutifs, dont la marche est lente et progress
paralysies si diverses ont été prises pour des paralysies *hystériques*, *sy*
ques, pour la *paralysie générale progressive*, la *myélite*, pour la *mé*
tuberculeuse, et même l'*idiotie* (?), suivant la prédominance et le grou
des phénomènes observés. Selon Em. Bernard, ces paralysies ne sera
propres à la diphthérie et se remarqueraient à la suite des maladies
en général (*Thèse*, 1860). C'est ce que Gubler avait déjà très-bien
(*Arch. gén. de méd.*, 1860, t. XVI).

Trousseau a depuis longtemps décrit, comme accidents consécuti
diphthérie aiguë, des *plaies chroniques* qui ont quelque analogie avec c
ulcérations syphilitiques; de part et d'autre, en effet, leurs bords sont
pic, et le fond est recouvert d'une fausse membrane. Mais les plaies di
ques ne doivent pas leur profondeur à une perte de substance; l'enfo
n'est qu'apparent par suite du gonflement inflammatoire des bords. Ici e
connaissance des antécédents fera éviter la méprise. — Enfin Ge
signalé, comme indépendante des paralysies du pharynx, une *dysphag*
sistante due à un rétrécissement de l'œsophage consécutif à la diphtl
dont il a rapporté des exemples (*Union méd.*, 1860, t. I).

3° *Pronostic*. — Le pronostic de la diphthérie est grave. Il ne l'est pa
ment par le siége occupé par les fausses membranes, dont l'accumulati
entraîner la mort en obstruant mécaniquement les conduits resp
(asphyxie), ou par leur abondance et leur putréfaction dans le pharyn
fosses nasales. La gravité de la maladie se déduit encore : de l'*état gén*
caractérise, dans certains cas, la diphthérie (intoxication); de l'engo
considérable des ganglions lymphatiques cervicaux, signe local le plus
de cette forme générale de diphthérie; de la multiplicité des localisa

de l'extension progressive des fausses membranes, que l'on doit toujours dre, mais que l'on ne peut prédire d'une manière positive.
taines constitutions épidémiques, dans lesquelles les cas graves sont s et nombreux, doivent faire redouter une terminaison funeste pour ceux t une bénignité apparente; et lorsque, dans les mêmes circonstances, la ion détermine des symptômes généraux de prostration dès le début, on edouter une issue fatale. Il en est de même de la diphthérie survenant e cours d'une autre maladie ou de celle compliquée de gangrène.
n'ai que peu de mots à dire des signes favorables de la diphthérie, et our la plupart, sont les signes contraires des signes fâcheux que je viens peler. Il est clair que le pronostic sera moins grave, toutes choses égales urs, si la lésion locale est limitée et reste telle, si elle n'atteint pas les ts aériens, si l'état général n'est qu'à peine influencé, si les ganglions tiques du cou ne sont que légèrement engorgés, si la localisation n'est ultiple, si la maladie est sporadique, ou si la constitution épidémique ne e que par des cas peu graves, et, enfin, si la diphthérie est sans compli-. Mais je me hâte bien vite d'ajouter qu'il n'est pas d'affection plus insi-dans sa marche, et que, dans les cas en apparence les plus bénins au il faut toujours faire ses réserves pour les accidents ultérieurs, et se ır ses gardes.
ronostic, au point de vue de la contagion, est une question délicate à re. On a dit à tort que l'angine diphthérique la plus grave, celle qui s'accompagner d'un empoisonnement général de l'économie, est la plus euse. Il me paraît résulter des faits connus que l'affection peut être con-e, *quelle que soit sa forme,* dans le cours d'une épidémie. Dans l'épi-de 1855, Henri Blache contracte la maladie en restant auprès d'un enfant otomisé pour le croup, et il ne communique la diphthérie si grave qui l'a é à aucune des nombreuses personnes qui l'ont entouré de leurs soins s assidus. Valleix visite un jeune garçon atteint d'une diphthérie crou-laquelle cet enfant succombe; une jeune fille qui donnait des soins à cet est prise d'une pharyngite couenneuse légère que traite encore Valleix, t dans le cours du traitement qu'il contracte sa dernière maladie, évi-ent la plus grave de ces trois diphthéries successives, et cependant son on ne se communique à personne de son nombreux entourage pendant atre jours de sa maladie. On s'est donc trop avancé en disant d'une manière ne que la contagion était en raison de la gravité de la maladie en dehors sphyxie croupale; c'est ce qu'ont démontré d'ailleurs les recherches de (*Thèse*, 1859).

PHTHÉROÏDE (Angine). — Forme de diphthérie pharyngienne ne dant pas au larynx malgré sa marche lente. Décrite dans ces derniers s par le professeur Lasègue avec beaucoup d'exactitude (*Traité des angi-* 1868).

IPLOPIE. — En dehors de l'importance qu'elle peut avoir comme phé-ène des affections des yeux proprement dites, la diplopie intéresse le ecin non spécialiste comme conséquence du strabisme accidentel que pro-ent certaines paralysies des nerfs de l'œil.
ns ce rapport, la diplopie présente plusieurs variétés. Les deux images elles sont horizontalement placées, ou bien elles sont superposées, ou enfin l'une d'elles peut être inclinée par rapport à l'autre. Ces variétés de diplopie ent une signification différente suivant quelques observateurs; c'est ainsi Denonvillers, en faisant toutefois des réserves, donne la superposition des

images comme se rapportant à la paralysie du muscle pathétique ou du ne la quatrième paire qui l'anime, et que Longet attribue à cette dernière par la superposition et l'inclinaison d'une des images. Mais Baudot (*Union* 1859) a fait remarquer avec raison qu'il faut simplement, pour la superpo des images, que les globes oculaires ne soient plus dans le même plan zontal, et, pour l'inclinaison d'une image, que l'un des globes oculaires ai une rotation autour de son axe antéro-postérieur. Or, cela explique com cette superposition et cette inclinaison ne sont pas le signe exclusif de la lysie du nerf de la quatrième paire, mais bien aussi celui de la paralysie troisième paire (moteur oculaire commun).

DIURÈSE. — *Voy.* URINES.

DOULEUR. — Comme toute autre sensation, la douleur ne saura convenablement définie ; mais elle n'en est pas moins un élément import diagnostic, soit comme signe servant à reconnaître les maladies, soit cause d'erreur, suivant les circonstances.

Comme tout autre signe ou symptôme, la douleur présente à considé caractères, ses conditions pathologiques et sa signification.

1° *Caractères.* — Il ne faut jamais perdre de vue, dans l'étude de l leur, qu'elle peut être *spontanée*, ou *provoquée* par les mouvements tionnels, comme par les manœuvres exploratrices. Lorsqu'elle est spon elle peut être accidentelle et plus ou moins rapide, ou bien continue. I cas où elle est provoquée par l'exercice fonctionnel ou par l'exploratio bien elle ne se montre que dans ces circonstances particulières, ou bi actes exaspèrent une douleur déjà existante. Dans ces différents cas, l'*int* de la douleur est extrêmement variable depuis la douleur sourde et à pein sible, une simple gêne pénible, un engourdissement, un fourmillement, un sation de pesanteur incommode, jusqu'à la douleur très-aiguë qui arrac cris au malade, et dont l'intensité peut être telle que la décomposition des une sueur froide, une agitation extrême, une syncope, ou bien encore du ou des convulsions, en soient les conséquences immédiates. Comme int diaires à ces degrés extrêmes ou même comme caractères du degré le plus on a appelé la douleur pongitive, piquante, dilacérante ou déchirante, cui brûlante, térébrante, etc., pour exprimer autant que possible ses diffé variétés. On l'a aussi comparée à une torsion, à une morsure d'animal, à de sations pénibles plus ou moins régulières (douleur pulsative), et, lorsq est intermittente et rapide, à un éclair (douleur fulgurante). La march suit la douleur présente aussi des caractères très-différents, suivant q revient ou non par crises régulièrement intermittentes, suivant qu'elle se m subitement ou qu'elle se développe d'une manière graduelle ; et il en e même de sa terminaison. Enfin sa durée est plus ou moins prolongée, aig chronique, sans nécessairement comprendre par ce dernier terme une c nuité complète de la douleur, qui peut présenter des rémissions plus ou i prolongées.

Le délire est un obstacle insurmontable à l'étude des douleurs dans un g nombre de cas, ainsi que le docteur Louis en a fait la remarque.

2° *Conditions pathologiques* et *signification.* — Les sensations do reuses, comme toutes les autres sensations, sont le résultat de modific vitales intimes qui nous échappent dans leur essence, mais dont la cause logique est le plus souvent saisissable. Cette question d'origine est la pri que le médecin ait à formuler en présence d'une douleur se présentant co symptôme de maladie. La douleur s'offre alors dans l'une des deux cond

ivantes : 1° Elle est le seul signe observé. 2° Elle constitue seule-
principaux symptômes de la maladie.
ipalement lorsque la douleur se présente comme symptôme unique
ostic est parfois difficile à formuler. Pour le faciliter, on devra
ercher si la douleur siége dans un des tissus ou des organes com-
s les régions extérieures (peau, muscles, vaisseaux, nerfs, tissu
ien dans les organes splanchniques. Cette distinction anatomique
a douleur est toujours extrêmement importante.
de reconnaître d'abord que la douleur occupe la peau, sans qu'il
n apparente, aux sensations douloureuses qu'augmentent le frôle-
her et le pincement du tégument (DERMALGIE). — Les douleurs
les *filets nerveux* qui rampent au-dessous de la peau (NÉVRALGIES)
ables par leur direction dans le sens des branches nerveuses, par
ons comme fulgurantes qui y surviennent spontanément, et par
pression développe au niveau des points limités sous la pulpe du
ont connus comme des foyers de douleur bien déterminés. —
aisseaux veineux ou *lymphatiques* sous-cutanés sont le siége de
lle est augmentée par une pression superficielle, qui fait percevoir,
ier cas, un cordon résistant au niveau de la veine (*coagulation du*
vaisseau), tandis qu'il existe une rougeur rubanée caractéristique
le trajet des lymphatiques (*lymphangite*), si ces vaisseaux sont
Les douleurs *musculaires* présentent cette particularité remar-
es augmentent ou se manifestent dès que le malade veut faire exé-
uscles les mouvements dont ils sont chargés, mouvements parfois
sibles par le fait de la sensation douloureuse ainsi provoquée. Je
server que les névralgies donnent quelquefois lieu à des douleurs
mais que la prédominance des caractères de la névralgie fait faci-
naître leur origine. — Ces douleurs par les mouvements pourraient
ribuées aux muscles, lorsqu'elles se passent dans les articulations;
, dans ce dernier cas, que le médecin réveille la douleur en impri-
r mouvement de flexion ou d'extension, tout en recommandant au
abandonner à lui-même, pour que le siége articulaire de la douleur
méconnu. — Quant aux *os*, leurs douleurs se font principalement
ans les affections chirurgicales, sauf dans l'*ostéomalacie*, la *syphilis*
nelle, où le retour nocturne des douleurs dites *ostéocopes* et par-
s leur donne un cachet particulier.
entes douleurs sont généralisées ou erratiques, ou bien partielles.
sont généralisées ou erratiques, elles peuvent être un des premiers
ostéomalacie, du *scorbut*, ou mettre sur la voie du diagnostic de
n saturnine, de la *syphilis* (douleurs rhumatoïdes), de la *névral-*
e, du *rhumatisme* chronique. — Localisée à la tête comme seul
nt, une douleur atroce avec rachialgie marque le début de la ménin-
-spinale épidémique et de beaucoup d'autres affections intra-crâ-
y. CÉPHALALGIE). — Très-bornée au rachis, la douleur est souvent
névralgie, de *lésion de la moelle*, ou de *mal de Pott*. Elle est per-
lébut du mal de Pott, à l'épigastre, suivant Taylor et Lee (*Amer. med.*
4). — Limitée au niveau du cœur, une douleur excessive révèle un
ine de poitrine, et quelquefois elle est le signe caractéristique d'une
icieuse cardialgique. — A la région lombaire, la douleur est sou-
e du rhumatisme musculaire des lombes (*lombago*); elle peut, sous
oup de barre, être le premier symptôme de la fièvre jaune; elle est

quelquefois violente comme début de la variole; enfin elle se montre ment pendant un effort dans le *tour de reins*. — On sait qu'au niveau d tre se montrent les *coliques*, dont le siége a été diversement interprété, les douleurs s'accompagnent rapidément d'autres symptômes dans la des cas.

Les caractères que présentent les douleurs des différents viscères ne d pas, dans tous les cas, d'une manière assez sensible des douleurs super névralgiques ou musculaires, pour que l'on puisse par elles seules a idée nette de leur origine anatomique. C'est par des signes concomita les troubles fonctionnels, et surtout par les changements sensibles à l'e tion physique, survenus au niveau d'un organe intérieur, que l'on peut naître la véritable origine de la douleur. Ce qui démontre l'importance d nomènes concomitants en pareilles circonstances, c'est l'obscurité qu dans la science au sujet des *viscéralgies* ou névralgies des viscères, d quelles la douleur est le seul signe produit. Combien de fois n'a-t-on pour des viscéralgies des névralgies externes mal accusées ou mal rech et qui siégeaient dans les parois de la région du viscère que l'on croyait Une mention spéciale doit être faite des douleurs très-intenses que vrysmes de l'aorte abdominale produisent parfois en l'absence de to signe.

Je pourrais longuement m'étendre sur la signification des douleu rencontrent dans les maladies combinées à d'autres symptômes; mais en pareil cas, la douleur accusée par le malade ou constatée par l'explor médecin occupe une partie plus ou moins étendue, son siége est un ind cieux pour le diagnostic. A la région qu'elle occupe, en effet, corres certains organes; or, comme j'ai indiqué pour chacun d'eux les mal peuvent s'y montrer, on pourra rechercher à quelle affection on devra r la sensation douloureuse observée. Je n'ai donc qu'à renvoyer le lecte différents articles et à ceux qui sont spécialement consacrés à certain leurs, comme la CÉPHALALGIE, l'ARTHRALGIE, la PLEURODYNIE, etc. (V plus : ABDOMEN, POITRINE, NÉVRALGIES, RHUMATISME).

DYNAMOMÈTRE. — *Voy*. ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE,

DYNAMOSCOPIE. — Suivant Collongues, les actes intimes de moléculaire se manifesteraient par des signes particuliers perçus par l'a tion pratiquée au moyen du *dynamoscope*. C'est une tige de 10 à 1 mètres, construite en liége ou en acier, dont une extrémité est de l'oreille de l'observateur, et l'autre, creusée en forme de dé à coud recevoir le bout du doigt de la personne à examiner. On perçoit deux s bruits à l'aide de cet instrument : un bruit continu dit *bourdonnemen* crépitations survenant par intervalles irréguliers et appelées par l'auteu *lements* ou *grésillements*. Le bourdonnement est un phénomène géné pétillements n'existent qu'à l'extrémité des mains et des pieds.

Les données fournies par l'étude de ces bruits, étudiés avec beaucoup par Collongues, ne me paraissent pas assez importantes pour être utilis la pratique, si ce n'est peut-être pour la constatation de la *mort r* bourdonnement disparaissant graduellement des extrémités vers la régi cordiale et l'épigastre, où il ne cesserait que quatorze à seize heures mort.

Le bourdonnement paraît être dû à la contraction fibrillaire des (Barth et Roger, *Traité d'auscult.*, 1860), ou plutôt à la *contraction mu tonique*. Ce n'est donc que le bruit rotatoire de Laennec. Quant aux

ts, qui, de l'aveu même de Collongues, ne s'observent qu'aux mains et x pieds, cela s'explique aisément : selon moi, ces pétillements sont propar les tendons qui occupent principalement ces régions. Il m'est facile émontrer, en effet, qu'ils résultent du *glissement saccadé des tendons* leurs gaînes. Car, si l'on s'applique la main à plat sur le côté de la tête, nière à en faire correspondre la paume au conduit auditif, on entend it rotatoire ou bourdonnement continu, et, à de rares intervalles, les pétilits ou grésillements de Collongues. Or, que l'on soulève lentement les seulement pour les porter graduellement dans une extension forcée, et roduira des pétillements de plus en plus nombreux et confluents, qui se it manifestement sous l'oreille dans les gaînes tendineuses, et qui deviennres dès que les doigts restent appuyés sur la tête. Les pétillements, dans lernière circonstance, sont dus sans doute à l'action tonique des muscles at sur les tendons.

phénomènes dynamoscopiques sont donc simplement des phénomènes de ction musculaire, non de celle qui produit les mouvements volontaires, e cette contraction tonique continue des muscles qui sert principalement librer ces mouvements, comme l'a démontré Duchenne. On conçoit dès rfaitement que l'absence des phénomènes dont il vient d'être question être un signe de mort réelle ou de paralysie, mais un signe beaucoup econdaire, dans ce dernier cas du moins, pour être réellement utile au stic.

SENTERIE. — La dysenterie est une affection fréquente dont la nature core indéterminée, et qu'on ne peut, avec certains auteurs, considérer e une simple inflammation du côlon, où siégent les manifestations anatos. C'est, dans presque tous les cas, une maladie aiguë ; très-rarement elle ronique.

ysenterie aiguë.

Éléments du diagnostic. — Lorsqu'on a affaire à une dysenterie aiguë e, on constate qu'il y a eu des *coliques* au début, puis des pressants s de défécation, de plus en plus fréquents, avec *ténesme* provoquant des infructueux ou suivis de l'expulsion d'un peu de *mucus sanguinolent*, ux, *spumeux*, parfois mélangé d'aliments non digérés, et (dans des cas res dans cette forme bénigne) de lambeaux de *fausses membranes*. Le est normal ou même ralenti dans cette forme de la maladie ; mais il n'en s de même dans la *dysenterie grave*.

dysenterie grave, en effet, est constamment *fébrile*, et presque toujours *mique*. Son début par la fièvre, rarement par les symptômes locaux, est s tellement subit, que les symptômes locaux et généraux atteignent tout à une très-grande intensité. Les *coliques* sont bien plus intenses que dans me bénigne, le *ténesme* est presque incessant, les *selles liquides* sont fréquentes, se montrent plus rapidement *mucoso-sanguinolentes* et plus ent imbibées de sang ; elles exhalent une *odeur très-fétide ;* quelquefois sont brunes, noires, ou séreuses et analogues à du frai de grenouille ou à de ure de chair, mélangées assez fréquemment de *pus* si la maladie se pro, et de ces *débris membraneux* pris trop souvent par les malades pour des ents d'intestin. Ces débris sont presque toujours de fausses membranes ées des ulcérations, et, seulement dans des circonstances rares, de vérits fragments de muqueuse intestinale (Cambay). En même temps, il y a tion profonde des *traits*, *défaillance*, *prostration*, *pouls* de plus en plus le et fréquent, *sensibilité au froid*, embarras progressif de la *circulation*

et de la *respiration* si la maladie doit se terminer par la mort, ou bien am
ration graduelle de l'ensemble des symptômes si elle doit guérir.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les symptômes principaux de la dysent
douleurs vives, ténesme, selles fréquentes et mucoso-sanguinolentes, ne la
aucun doute sur l'existence de la maladie ; mais cette simple constatati
suffit pas au praticien. D'abord il doit déterminer, à l'aide des commém
les conditions dans lesquelles s'est manifestée la dysenterie, et les causes
sionnelles qui l'ont en apparence produite. Il ne faut pas oublier, en effet,
la dysenterie est *endémique* dans les pays chauds, qu'elle se déclare princi
ment en automne, chez des individus *débilités* et de *tout âge;* qu'on l'a attr
à des variations brusques de *température*, à un *régime insuffisant*, à l
des *irritants* et des *purgatifs*, à la présence de *scybales* dans l'intestin,
passions tristes , à l'inspiration de *miasmes putrides* ou d'*effluves ma*
geux, et enfin à la *contagion*. Les données étiologiques sont importa
déterminer, principalement lorsqu'il y a intoxication miasmatique ou cont
malheureusement la question n'est pas alors facile à décider. On ne perd
de vue non plus que la dysenterie est quelquefois secondaire, comme cel
l'on voit survenir dans le cours de la *variole* (entérite dysentérique).

La dysenterie aiguë ne peut pas être confondue avec une simple ENTÉ
avec des HÉMORRHOÏDES, ni avec une affection chronique avec selles san
lentes (*cancer*). Cependant, chez les enfants, la dysenterie peut être si
par un *polype* développé à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus,
donne lieu au ténesme et à des selles sanguinolentes tout à fait sembl
celles de la dysenterie ; mais ici il y a en même temps des selles de m
fécales dures, *cannelées* par leur passage sur le polype, et, de plus, le
peut se montrer dans les efforts de défécation, ou être senti par le doigt
duit dans le rectum (Barthez et Rilliet).

La dysenterie reconnue, on en détermine en même temps le *degré*. Q
la *lésion intestinale*, il n'est pas aussi aisé d'en constater les progrès
diagnostic n'est possible, par l'examen des déjections, que lorsqu'il y
ulcérations. Lorsque ces ulcérations se forment, en effet, les selles, de
neuses et striées de sang, deviennent séreuses, grumeleuses ; le sang est
noir, et il y a des stries puriformes. Dans un certain nombre de cas,
possible de constater la partie qui est le plus profondément atteinte, lo
dans les dysenteries graves, il y a des ulcérations profondes. Il existe
ordinairement, dans le point correspondant, une douleur fixe qui peut
révéler que par la pression, ou bien au moment de la défécation. Camb
trouvée fréquemment au niveau de la fosse iliaque gauche en Afrique,
iliaque et le rectum sont plus profondément lésés que le reste du gros in
tandis que, dans les Indes, c'est au niveau du cœcum que cette douleur
observée. Enfin du sang pur et isolé du reste des matières évacuées a
presque toujours indiquer une large ulcération à la partie inférieure de
intestin.

Outre les *formes* de la dysenterie basées sur la bénignité ou la gravité
maladie, sur l'existence ou l'absence des troubles fébriles, sur la présen
fausses membranes dans les excrétions, sur l'étendue plus ou moins co
rable de la lésion, qui est quelquefois bornée au rectum, il y a quelques
formes qui méritent une mention particulière et qui tiennent à des co
tions. Il y a la forme *hépatique*, signalée par Cambay, dans laquelle la
du foie (hépatite) s'annonce par des phénomènes hépatiques qui préc
accompagnent ou suivent ceux de la dysenterie elle-même ; la forme *infl*

›rme *intermittente*, liée à une intoxication paludéenne, comme l'on
rti, Morton, P. Frank, et qui peut caractériser la *fièvre pernicieuse*
pue. Il y a encore les formes *adynamique* ou *ataxique*, qui présen-
s à la dysenterie, les phénomènes d'adynamie et d'ataxie, et dont
·namique, a été particulièrement observée dans les camps et les pri-
ı on a admis aussi une forme *bilieuse*, dans laquelle sont réunis les
de l'état BILIEUX Trousseau a admis une forme *rhumatismale*, et
putride et maligne. Ces différentes formes s'observent suivant les
vant les épidémies; la forme hépatique est propre aux pays chauds.
complications peuvent survenir dans le cours de la dysenterie. Les
heureusement rares, sont les *hémorrhagies intestinales* abondantes,
es ulcérations qui atteignent un vaisseau d'un certain calibre, et la
par perforation, due aux progrès des ulcérations en profondeur.
›bservé les *hémorrhoïdes* comme complication de la dysenterie, et,
effets consécutifs, le *rétrécissement de l'intestin* par le fait de la
ı des ulcérations, donnant lieu à des alternatives de constipation et
:. Enfin on a signalé encore, comme conséquences, des *métastases*
culations et principalement aux genoux dans la forme rhumatismale,
sies partielles aux membres supérieurs ou inférieurs, et même à la
ıme à la suite d'un certain nombre de maladies aiguës graves).
stic. — La dysenterie non fébrile est sans gravité. Elle est au con-
grave, en général, lorsqu'elle s'accompagne de symptômes généraux
rtout si elle est épidémique, ou s'il survient des complications. Sui-
eau, la dysenterie est la plus grave de toutes les maladies épidémi-
méd., 1868, 3e édit., t. II).

nterie chronique.

s locaux de la dysenterie chronique ne diffèrent de ceux de la dysen-
que par l'intensité moindre des douleurs, une moins grande fréquence
qui ne présentent pas constamment du sang, et qui sont souvent
et fétides. L'appétit est capricieux, le ventre tantôt ballonné et
cté ; il n'y a pas de fièvre, mais une expression de langueur, un
nent croissant, de la sécheresse de la peau, de la sensibilité au froid,
me.

ıalé avec raison la possibilité de confondre la dysenterie chronique
:cer *latent* de l'intestin ; mais la confusion n'est possible que dans
eptionnels, car le plus souvent l'existence d'une dysenterie aiguë
›t remontant ordinairement à une épidémie, suffira pour éloigner
affection cancéreuse. Si, de plus, il s'agit d'un sujet encore jeune
l'un pays chaud, où il a contracté sa maladie, on trouvera dans ces
es, comme dans les particularités de la maladie, des éléments suf-
· se former une opinion.

ostic de la dysenterie chronique a été dit presque toujours grave, et
ison, après une durée d'un ou de plusieurs mois, ordinairement
cela n'est pas applicable à la dysenterie sporadique.

noms de *bicho*, *corrupcão*, *mal de ver*, *pourriture de ver*, etc., on
comme une maladie particulière de certaines localités d'Afrique et
, une simple complication de la dysenterie, attribuée à tort à un
occupe le rectum et l'anus. Les accidents consistent en un relâche-
hincter, un élargissement de l'anus, et un prolapsus de la muqueuse
c suintement de sanie, parfois des ulcérations et même la gangrène.
omplication grave et spéciale aux noirs nouvellement importés de la

côte d'Afrique (d'Angola et de Mozambique) au Brésil, au Pérou, etc., et qui semble être devenue très-rare depuis l'abolition de la traite des noirs (Silva Lima). Le Roy de Méricourt, auquel j'emprunte ces détails (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. IX, art. Bicho), pense qu'on ne peut admettre ces phénomènes locaux comme caractérisant une maladie spéciale, mais comme la conséquence non-seulement de la dysenterie chronique, mais encore des congestions hémorrhoïdaires, de l'usage abusif de purgations, de lavements, de bains de siége chauds, et des rapports contre nature si fréquents chez les nègres et les mulâtres.

DYSMÉNORRHÉE. — Les *signes* de la dysménorrhée sont les mêmes que ceux de l'Aménorrhée (p. 47) et de la congestion utérine (p. 229); je n'ai donc pas à les rappeler de nouveau ici. Ces différents signes, qui peuvent ne durer que quelques heures, disparaissent ordinairement dès que l'écoulement sanguin menstruel s'établit; cependant on les a vus persister avec l'écoulement lent du sang, mais sans se prolonger après les règles.

On a signalé la *fluxion hémorrhoïdaire* comme pouvant être confondue avec la dysménorrhée, et l'on a donné l'absence de la turgescence douloureuse des seins, dans le premier cas, comme caractère distinctif. On peut y ajouter les signes locaux propres aux hémorrhoïdes, et l'absence de toute condition organique pouvant produire la dysménorrhée.

La constatation de ces *conditions organiques* est la question capitale du diagnostic de la dysménorrhée, lorsqu'elle existe. — Fréquente surtout dans les premières années de la menstruation, elle est souvent due plus tard à l'*engorgement sanguin* ou congestion de l'utérus, que l'organe soit sain d'ailleurs, ou bien le siége de *granulations* au niveau du col ; à une *métrite*; à un *polype* ou à une autre *affection organique*. — Il faut d'autres fois chercher la cause de la dysménorrhée dans la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane fibrineuse* dans le col utérin, qu'ils obstruent momentanément. — Valleix et Kiwisch ont vu fréquemment la dysménorrhée résulter des *antéflexions* et des *rétroflexions* utérines, les parois fléchies étant en contact et empêchant le sang de s'échapper au dehors. — On a dénommé *mécanique* une dysménorrhée due à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus (Mackintosk et Oldham), contraction que certains auteurs ont cru produite par des cautérisations trop profondes faites sur le col ou dans son intérieur. — On a attribué à une *altération du sang*, et surtout aussi à l'*hystérie*, la production de la dysménorrhée, qui a été appelée dans ce dernier cas *hystéralgie cataméniale*. La névralgie *lombo-utérine* paraît être quelquefois aussi le point de départ de la dysménorrhée.

On voit par ce simple exposé combien il est important d'explorer l'utérus par le toucher, qui peut, aidé au besoin du spéculum, faire reconnaître les obstacles matériels à l'écoulement cataménial, les affections organiques et les congestions qu'elles provoquent, et enfin faire admettre une cause éloignée lorsque l'exploration ne démontre aucune des causes précédentes.

DYSODIE. — *Voy.* Ozène.

DYSPEPSIES. — Beau avait fait de la dyspepsie l'objet d'intéressantes recherches (Courtin, *De la Dyspepsie*, 1848,) lorsque Chomel publia sur le même sujet, vers la fin de sa vie (1857), un excellent livre pratique. Il a considéré la dyspepsie comme une maladie à formes diverses. Trousseau l'a envisagée comme un symptôme ou phénomène commun à un grand nombre de maladies
méd. de l'Hôtel-Dieu, t. II). Les deux opinions sont vraies : la d
est un symptôme et une maladie comme l'anémie, l'albuminurie, etc
xaminer comme une maladie; son étude comme symptôme en ressortira

rellement, surtout à propos des dyspepsies secondaires. Mais auparavant, paraît nécessaire de rappeler qu'une observateur lyonnais rejette l'exis- de la dyspepsie comme affection stomacale. Se fondant sur des considé- s anatomiques et physiologiques trop étendues pour être exposées ici, il s gros intestin le siége des troubles dyspeptiques, en attribuant la prétendue sion de siége au niveau de l'estomac à la superposition du côlon transverse. ne pouvons adhérer à cette théorie trop subtile (Bachelet, *Union méd.*, La dyspepsie reste pour nous un symptôme et une maladie se mani- anatomiquement au niveau de l'estomac.

léments du diagnostic. — Pour Chomel, il y a des dyspepsies acciden- INDIGESTIONS) et des dyspepsies *habituelles*. Ces dernières, les seules dont ici question, sont caractérisées par des troubles persistants des fonctions res, à formes très-variables, et indépendants de toute autre maladie appré- des organes de la digestion, de ceux qui concourent avec eux à cette ı, et de ceux qui leur sont associés (Chomel). Ces troubles digestifs nt principalement l'estomac ou les intestins. — Dans la *dyspepsie sto-* , il survient immédiatement, ou peu après les repas, une souffrance sité et de caractère très-variable en haut de l'épigastre, ou à gauche de blanche au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, d'où elle s'irradie s parties voisines; elle est quelquefois soulagée par une pression modérée, gmentée par une pression forte. Il peut y avoir aussi *distension de l'es- par des gaz*, qui sont expulsés par la bouche. — La dyspepsie *intesti-* ui peut se montrer seule, comme la précédente, ou exister avec elle, tingue par des *douleurs locales* un peu plus *tardives*, d'abord sourdes, ıs vives, quelquefois avec *sueurs froides* et même *défaillances*, par *borygmes* et des *soulèvements* successifs des anses intestinales, par sion par l'anus de *gaz fétides*, puis de matières fécales mal élaborées, ou liquides; d'autres fois, les *selles* sont *rares* et *fermes*, il y a en un la constipation, si l'intestin grêle est spécialement affecté.

l'un et l'autre de ces derniers cas : *saveur* désagréable, *empâtement eresse de la bouche*, *salive* peu abondante, formant une espèce de e *blanche*, et sur la langue un *enduit* mince au milieu, convergeant ement vers la pointe, coïncidant avec l'*acidité* de la salive et de l'haleine, *vomissements*.

a, en outre, suivant Chomel, des phénomènes généraux dignes de la plus attention, et sur lesquels je reviendrai plus loin.

nductions diagnostiques. — En supposant que l'on ait à se prononcer xistence d'une dyspepsie en présence des données les mieux caractérisées, -dire des troubles gastriques ou intestinaux que je viens de rappeler, le stic ne présente pas de difficultés sérieuses; mais il s'en faut que la on soit aussi simple qu'elle le paraît. Les phénomènes digestifs de la psie sont souvent incomplets de nombre, parfois même isolés, comme la ur stomacale ou intestinale après les repas, le vomissement, les flatuosités, lles fétides, l'anorexie. Beau considère l'anorexie comme un phénomène près constant, si l'on compare l'appétit à celui des époques antérieures. attache-t-il une grande valeur à ce signe, ainsi qu'à l'existence du *sillon néal*, dans les cas douteux (*Voy.* ONGLES).

connaissance des commémoratifs peut venir confirmer le diagnostic; ainsi, équence *des repas* dans la vieillesse, leur *mauvaise distribution* à tout , l'*absence d'exercice* ou même *d'occupation*, la *faiblesse* ou *asthénie* des nes digestifs, soit primitive, soit *acquise* par des influences débilitantes, les

excès et en particulier les excès de table habituels, le défaut de m
(Mialhe), l'allaitement chez la femme, etc., seront ici d'une grande va
Mais pour atténuer les difficultés du diagnostic, il faut surtout av
aux formes spéciales de cette affection, qui sont dues à la prédominan
tains symptômes.

D'abord la *dyspepsie flatulente* se caractérise par une surabondan
dans les organes digestifs, par la distension de ces organes, l'émissio
par les voies supérieures et inférieures, par la saillie de l'estomac, se
parfois extérieurement, par les troubles cardiaques signalés plus loi
refoulement supérieur du cœur, sensible à la percussion jusqu'à l'
des gaz par la bouche, par des borborygmes, et une sonorité plus pron
ventre, cessant par l'expulsion des gaz par l'anus. — Dans la *forme
gique et entéralgique* de la dyspepsie, la gêne qui suit l'ingestion des
dans les autres formes devient ici une douleur très-vive, arrachant pa
cris aux malades, suivie ou non de vomissements ou de selles fétid
GASTRALGIE). — Chomel donnait le nom de *boulimique* à une forme
pepsie dans laquelle il y a un besoin de manger beaucoup et souven
vomissements avant comme après l'ingestion des aliments. — Une aut
plus fréquente que la précédente, est la *dyspepsie acide*, caractérisée
vomissements plus fréquents que dans toute autre forme, par l'acidi
salive (sensible à l'action du papier de tournesol), par l'odeur pénétra
de l'haleine, des renvois de gaz ou des matières régurgitées ou vomie
l'inappétence, du dégoût pour les substances acides, les boissons vin
pour le sucre en particulier. — Existe-t-il une *dyspepsie alcali*
laquelle il y aurait un dégoût prononcé de viandes et un *désir de bo*
d'aliments acides? C'est une question que Chomel a posée sans la réso
Enfin il admet une dernière forme : la *dyspepsie des liquides*, const
la difficulté de les digérer, par leur accumulation passive dans l'estom
bruit de FLOT de la région stomacale, que l'on doit toujours recher
Indépendamment de ces formes de dyspepsie, il en est une autre, ca
par la digestion incomplète des aliments, qui sont en partie rendus e
par les selles. C'est l'*apepsie* de E. Barthez.

Plusieurs de ces différentes formes de dyspepsie ont des caractères
tranchés qu'il me suffira, pour compléter leur diagnostic, de rappele
dyspepsie flatulente, refoulant fortement les viscères thoraciques, n
être confondue avec une affection de ces derniers organes; la dyspe
tralgique ou entéralgique, avec des douleurs atroces survenant par ac
certaines *affections cancéreuses* abdominales, et dans les coliques *h*
ou *néphrétique;* la dyspepsie des liquides enfin, avec la *dilatation st*
résultant du cancer de l'estomac, et, à plus forte raison, avec le *pneum*
thorax, quoique donnant lieu au clapotement hydro-aérique. Il suffit
procher ces affections pour en faire saisir les différences; mais la d
acide, qui généralement ne présente pas de gravité, doit être rappelé
sous le rapport du diagnostic, parce qu'il faut se garder de la confondr
vomissement nerveux, qui est presque constamment funeste (*Voy.* V
MENT nerveux). La dyspepsie acide se distingue de cette dernière affe
la fréquence moindre des vomissements et la bénignité des symptômes
vont, au contraire, en s'aggravant dans le vomissement nerveux jusqu'à
rition des symptômes cérébraux qui, quelques semaines après le début
nent la mort dans la plupart des cas.

Un point capital du diagnostic différentiel des dyspepsies est d'évite

re une **dyspepsie voilée, suivant l'expression de Chomel, par la prédo-**
:e **des symptômes généraux** ou sympathiques, qui sont souvent seuls
s **par les malades.**

troubles sympathiques ou réflexes sont : le changement de *caractère,* la
lalgie (simple pesanteur ou migraine intense avec ou sans vomissements),
tiges, de la *somnolence diurne*, un *sommeil agité* avec *fièvre* la nuit, l'*af-*
ssement de l'intelligence, des sens et des fonctions génitales; un sentiment
spnée, des *palpitations*, et même l'*irrégularité des battements du cœur*
int la digestion sans aucun signe physique anomal. — La céphalalgie, si
ente en dehors d'une maladie du cerveau lui-même ou de ses membranes,
›uve souvent son explication que dans la dyspepsie. — Il en est ainsi des
tations, qu'il y ait ou non flatulence de l'estomac; elles sont parfois le seul
tôme apparent. Elles résistent ou s'aggravent même par les moyens
s pour les combattre, et notamment par la digitale. — La fièvre survenant
; les repas, et surtout le soir et la nuit, après le dernier repas, est souvent
ominante aussi. Sa forme quotidienne, qui est la plus ordinaire, et son
ır la nuit suffisent pour éveiller l'attention du médecin; mais ici, comme
les cas précédents, la dyspepsie est certaine si à l'un de ces symptômes
ipaux se joint l'altération de la salive rappelée plus haut (Chomel). Le
ıostic se trouve justifié si les accidents disparaissent par l'amélioration du
ne, c'est-à-dire la diminution d'aliments trop copieux, la régularisation des
;, etc.

s dyspepsies peuvent encore être confondues avec d'autres maladies; mais
des affections avec lesquelles il suffit de savoir que la confusion est pos-
pour l'éviter; tels sont : l'*embarras gastrique*, qui cède à un vomitif, la
ite et l'*entérite* aiguës, les *maladies organiques* avancées de l'estomac,
épiploon ou des intestins. Cependant, au début du cancer de l'estomac, il
facile de croire à une simple dyspepsie, et ce ne sera que par un examen
tif de l'ensemble des symptômes que l'on pourra trancher la question
'. CANCER de l'estomac).

dois insister sur la nécessité d'un examen sérieux du malade atteint de
epsie, afin d'établir si la maladie est primitive ou secondaire. D'abord les
bles digestifs *passagers* qui s'observent si fréquemment comme symptômes
ıaladies aiguës, ne sauraient être confondus avec la dyspepsie, qui est essen-
ement persistante, quoique sujette à des rémittences. Mais il n'en est pas de
ne dans les maladies chroniques, lorsque les phénomènes dyspeptiques mas-
nt la maladie principale. Telles sont les affections suivantes, selon Chomel :
relâchement des parois abdominales, suite d'ascite, et surtout de nom-
uses grossesses; de petites *hernies épiploïques* de la ligne blanche, sans
lie visible (et produisant principalement des vomissements rebelles); le
matisme ou la *goutte* (dyspnée flatulente), et enfin la chlorose ou l'*anémie*.
dyspepsie par relâchement des parois de l'abdomen cesse par un moyen de
ntention (ceinture), et celle due à des hernies épiploïques à l'emploi d'un
yen analogue après leur réduction; mais ce sont là des données confirmatives
diagnostic plutôt que des signes qui y conduisent, car, pour avoir recours à
moyen de traitement, il faut avoir déjà reconnu le relâchement des parois
dominales ou la hernie, et soupçonné leur influence sur la dyspepsie. A ces
spepsies secondaires signalées par Chomel, il faut ajouter celles qui accom-
gnent les *pertes séminales involontaires*, les affections *utérines* (Willemin),
rachitisme à son début, et enfin l'*introflexion de l'appendice xiphoïde*
rs l'estomac, suivant Linoli (*Voy*. STERNUM).

Les dyspepsies ne suscitent pas de *complications*. Cependant, suivant Bea les troubles digestifs et sympathiques seraient toujours suivis d'anémie au pléthore séreuse, puis d'hypochondrie. Mais ces faits, connexes et succes pour Beau, ne sont pas réunis dans la généralité des faits; ils sont loin mê d'être fréquents.

3° *Pronostic.* — Le pronostic des dyspepsies n'est jamais grave, mê quand elles se prolongent très-longtemps ou même autant que la vie. Ce n' que par exception que la mort survient, et, quand on voit apparaître la longue du dépérissement, on doit, suivant le précepte si sage de Chomel, tou jours se demander et rechercher journellement si la dyspepsie n'est pas sym tomatique, et si l'on ne se trouve pas en présence d'une de ces lésions si nom breuses et si diverses qui peuvent longtemps rester inaperçues et ne se rév qu'à une époque plus ou moins éloignée de leur début.

DYSPHAGIE. — Ce mot, qui s'applique à toute difficulté plus ou mo grande de la déglutition, au niveau du pharynx ou de l'œsophage, est touj un symptôme.

1° *Caractères.* — Outre le degré d'intensité que présente la diffic dans l'accomplissement de l'acte de la déglutition, les caractères de la dysph varient suivant qu'elle a lieu avec ou sans douleur, avec ou sans conscience, suivant qu'elle est pharyngienne ou œsophagienne. Sans avoir de douleur, malade peut sentir le point où siége la cause ou l'obstacle de la dysphagie, et désigner approximativement; d'autres fois, une douleur accompagne le pass des solides, des liquides, ou simplement de la salive, qui sont déglutis. Souv cette douleur est vive. Si la dysphagie a lieu dans le pharynx, le malade expri sa souffrance, momentanée comme l'acte qui la provoque, par une contrac caractéristique des traits du visage. Dans certaines conditions, qui seront r pelées tout à l'heure, les liquides ou les aliments sont quelquefois rejetés partie par le nez. Enfin, chez certains paralytiques ou aliénés, le bol aliment incomplétement divisé ou ramolli, obstrue quelquefois le pharynx par le fait la dysphagie dont les malades n'ont pas conscience, et il peut en résulter asphyxie plus ou moins rapide.

2° *Conditions pathologiques* et *signification.* — Les conditions patho giques de la dysphagie sont très-variées. Elle peut résulter, en effet, non se lement de lésions locales, soit du pharynx ou de l'œsophage, soit des org limitrophes, mais encore de maladies agissant directement ou indirectement la contractilité des parties qui servent à la déglutition.

Parmi les lésions locales s'accompagnant de dysphagie, on compte to les PHARYNGITES, qui en sont l'origine la plus ordinaire, l'ŒSOPHAGITE av ou sans abcès, les *corps étrangers* séjournant dans l'œsophage, les *tum* (polypes, cancers, anévrysmes) agissant en rétrécissant l'œsophage. Par les maladies éloignées qui agissent sur la conctractilité du pharynx ou l'œsophage (troubles nerveux ou musculaires) sont le *rhumatisme* loca dans les muscles du pharynx ou de l'œsophage (dysphagie douloureuse), *paralysie* du pharynx, le *spasme de l'œsophage* (œsophagisme), et *spasme du pharynx*, comme je l'ai constaté dans un cas de *ramollissem aigu du cervelet.*

Dans ces conditions variées, la dysphagie présente des particularités ut au diagnostic. Lorsqu'elle s'accompagne du rejet des boissons par le nez, dépend d'une inflammation ou d'une paralysie du voile du palais, qui ne p produire l'occlusion des fosses nasales postérieures pendant la déglutition. La dysphagie est extrêmement douloureuse dans les cas de rhumatisme œsophagien

rtout dans ceux d'œsophagite, dans lesquels la douleur s'étend parfois l'au dos, aux épaules et même jusqu'à l'épigastre (Mondière). Survenant par subit avec sentiment d'un corps étranger (non réel) obstruant le pharynx, la agie caractérise le spasme œsophagien. L'introduction de la sonde œsophage peut servir à déterminer la nature de la lésion de l'œsophage, s'il en e; elle fait découvrir un obstacle matériel (corps étranger), un rétréement dû habituellement à une lésion organique, et quelquefois à une ithérie plus ou moins ancienne; ou bien la sonde, sans rencontrer d'obstacle, mente la douleur ou la gêne locale signalée par le malade, et rend ainsi bable l'existence d'une ulcération, surtout si l'instrument ramène un peu de ière purulente, comme cela a été constaté dans la syphilis, la tuberculisation. ans les cas où une dysphagie persistante existe seule en apparence, et ait inexplicable, malgré l'inspection du pharynx, malgré l'emploi de la de et l'exploration du cou par la palpation, il faudra redoubler d'attention et ger à l'existence d'une tumeur latente, et principalement à un anévrysme ou n abcès par congestion.

e pronostic de la dysphagie emprunte sa gravité ou sa bénignité aux affections en sont le point de départ.

YSPNÉE. — On doit comprendre sous la dénomination de dyspnée une iculté plus ou moins prolongée de la respiration qui se traduit par une mentation notable d'étendue ou de fréquence des mouvements respiratoires.

° *Caractères*. — L'augmentation visible des mouvements respiratoires qui actérise la dyspnée peut être générale ou ne porter que sur les mouvements côtes supérieures. De plus, il s'y joint ordinairement une fréquence de la piration plus grande que dans l'état normal, où les mouvements respiratoires t de quinze à vingt par minutes; mais l'un ou l'autre de ces signes de la pnée peut exister seul. Habituellement il y a aussi un sentiment d'*oppresn* accusé par le malade; cependant cette sensation peut manquer, car dividu dont les troubles respiratoires sont visibles affirme quelquefois prouver aucune gêne de la respiration. Le rhythme des mouvements respiraes est très-souvent modifié dans la dyspnée; car, indépendamment de leur quence, qui peut être extrême, puisqu'on l'a vue s'élever de trente à quarante minute, à soixante, cent et même cent quarante, les rapports de durée des ux temps de la respiration peuvent être profondément modifiés. C'est ainsi e l'expiration, qui est en général à l'inspiration comme trois ou quatre est à ux, peut lui devenir égale ou bien être beaucoup plus prolongée par rapport à spiration que dans l'état sain, comme quatre est à un, ainsi que l'on peut le nstater dans des cas de dyspnée extrême ou asphyxique.

Certains dyspnéiques ont de temps à autre un mouvement respiratoire plus borieux et comme saccadé (respiration *suspirieuse*); parfois aussi l'expiration t plaintive. La dyspnée présente des degrés extrêmement variables, depuis la mple accélération ou l'exagération d'amplitude des mouvements inspiratoires, ns que l'individu en ait conscience, jusqu'à la *suffocation*, pendant laquelle, algré les efforts excessifs de toutes les puissances inspiratrices ou par le fait e l'impuissance des mouvements respiratoires, le malade éprouve une oppreson très-considérable, la sensation du manque d'air dans la poitrine, et par uite une angoisse et une anxiété extrêmes. La dyspnée peut d'ailleurs être ntinue, stationnaire ou croissante, suivre une marche rapide ou lente, présenter ou non des exacerbations plus ou moins graves, ou bien survenir par rises ou par accès soit spontanés, soit provoqués (par la marche, la course, l'ascension d'un lieu élevé, une émotion morale vive, etc.). Ces accès ne doivent

pas être confondus avec l'anhélation physiologique qui survient dans les mêm conditions, mais qui n'est ni aussi rapide, ni aussi durable, ni aussi int que dans les accès pathologiques. Dans les cas de suffocation; la mort p survenir rapidement par syncope ou par asphyxie.

Constater l'existence de la dyspnée est une chose très-simple dans la prati mais il n'en est pas toujours de même de la détermination de sa cause path gique, quoique nos méthodes d'exploration et les travaux modernes d'anat pathologique aient jeté un jour tout nouveau sur les lésions qui sont l'origine phénomène, lésions qui étaient pour la plupart inconnues des anciens.

2° *Conditions pathologiques.* — Pour rendre évidente la multiplicité causes organiques de la dyspnée, il suffit de rappeler qu'elle peut être pro par les obstructions des voies aériennes, par les lésions de ces conduits, celles du poumon, celles de la plèvre, du cœur, du péricarde, du pneumo- trique, du diaphragme, des muscles, des nerfs ou des os des parois thoraciq par des altérations évidentes du sang; par certaines lésions cérébrales ou moelle épinière; par un certain nombre d'affections des organes abdomin et enfin par une modification nerveuse simplement dynamique.

Pour arriver à déterminer la condition pathologique de la dyspnée, il avant tout se demander si elle ne dépend pas d'une maladie intra-thoraciq manifestant par des signes physiques. Je ne rappellerai pas, à ce propos, t les affections des organes de la respiration et de la circulation qui donnent à la dyspnée : presque toutes sont dans ce cas, sans que la dyspneé en soit ce dant un effet nécessaire et constant. Je dois toutefois une mention spéciale dyspnée par accès qui caractérise l'*asthme*, s'accompagnant d'un siffle respiratoire entendu à distance et de râles sibilants prolongés pendant l'ex tion, et qui est due à des causes diverses qui ont servi de base à autan théories différentes (*Voy.* ASTHME). C'est la recherche de cette origine qui sera le but principal du diagnostic.

En supposant que l'on ne trouve pas dans les signes physiques fournis l'exploration de la poitrine les indices d'une affection intra-thoracique, il fa demander si la cause de la dyspnée ne réside pas dans les parois de la poitrine. déformations rachitiques de la cage osseuse, l'atrophie des muscles respirateur principalement du diaphragme, leur contracture ou spasme, et même les si douleurs névralgiques dorso-intercostales, les douleurs franchement rhumatism ou de toute autre nature, peuvent être, en effet, le point de départ de la dysp

Ces douleurs agissent en déterminant la gêne de la respiration. Le refo ment du diaphragme vers la poitrine par les organes abdominaux produit une gêne mécanique directe qui explique parfaitement la dyspnée dans certain nombre de cas, et notamment dans l'ascite, dans la distension du digestif par des gaz, etc. Ici la dyspnée est d'autant plus marquée que la ca a agi plus rapidement.

Enfin, en supposant que l'on soit amené à faire une investigation complète dehors des conditions précédentes, on devra chercher la cause pathologique de dyspnée soit dans une affection des centres nerveux, soit dans les nerfs, où est due à une altération du sang, à une névrose ou à toute autre maladie génér

Dans ces conditions si différentes, les seuls cas embarrassants pour le diag tic sont ceux dans lesquels l'exploration de la poitrine par l'inspection, percussion, l'auscultation, est insuffisante pour expliquer la dyspnée, celle étant le phénomène unique ou prédominant. On ne saurait trop recomman en pareil cas une exploration répétée et faite avec le plus grand soin.

La dyspnée est prédominante dans l'EMPHYSÈME PULMONAIRE, dans les cas

ée subite, excessive par la pression du point épigastrique, indique-
parésie *diaphragmatique*, suivant Noël G. de Mussy.

que les lésions des organes circulatoires ne soient pas reconnais-
signes physiques ; cependant un anévrysme aortique latent peut
des accès de dyspnée qui provoquent souvent des erreurs de dia-
n est de même de la dyspnée subite et intense qui accompagne la
tendons du cœur ou l'*oblitération* de l'ARTÈRE PULMONAIRE, et
ée habituelle due au *rétrécissement* de cet artère avec persistance
otal.

cas où la dyspnée est présumée avoir son point de départ dans les
iques, il faut penser surtout aux *douleurs* qui résultent d'un *rhu-
sculaire* ou d'une *névralgie dorso-intercostale* aiguë intense, aux
des muscles respirateurs, à l'*ostéomalacie* avancée, dans laquelle
quelquefois jusqu'à la suffocation. Ce qu'il importe d'examiner et
églige trop fréquemment, ce sont les mouvements respiratoires du
lorsque la dyspnée provient de l'inaction de ce muscle. La dyspnée
le la suspension de ses mouvements s'annonce par le défaut de
et de dilatation de l'épigastre *dans l'inspiration* et parfois même
plus accentué, c'est-à-dire par la dépression épigastrique au moment
on ; les côtes supérieures se dilatent en même temps outre mesure,
est incapable de régulariser la sortie de l'air pour l'exercice de la
oit admettre alors qu'il existe une paralysie du diaphragme avec ou
, mais non pas toujours ; car il suffit que la contraction du muscle
use par le fait d'une *inflammation voisine* pour que les mêmes
s'observent.

que rappeler : la dyspnée due à la *dyspepsie* ; les dyspnées produites
s de la moelle cervicale (MYÉLITE), par la *méningite des tubercu-*
fin de la maladie), par le tiraillement ou la compression des
o-*gastriques*, par des névroses et notamment par certaines *angines*

tôme ne constitue d'ailleurs par lui-même un accident gravé que dans les cas il y a suffocation, une syncope mortelle pouvant en être la conséquence.

DYSURIE. — *Voy.* MICTION.

ÉBLOUISSEMENTS. — Les éblouissements sont un signe de cong tion aussi bien que d'anémie cérébrales. Aussi les remarque-t-on dans la plé comme au début de la syncope, comme prodrome des accès hystériques, pyrexies, et principalement de l'affection typhoïde dans nos contrées. Les ébl sements avec des *étourdissements* caractérisent aussi la NÉVRALGIE GÉNÉ

ECCHYMOSES. — En médecine, elles n'ont de valeur, comme si que dans un petit nombre de circonstances. Elles sont quelquefois un extérieur de *congestion* locale, ou de chutes résultant d'une maladie carac sée par des accès avec perte de connaissance (épilepsie). On constate des ec moses ou plutôt des épanchements sanguins sous-cutanés dans les mal hémorrhagiques graves; enfin, aux membres inférieurs, chez les jeunes ge les jeunes filles, des taches jaunes ecchymotiques s'observent comme conséq ces temporaires d'un *érythème noueux*.

ECCHINOCOQUE. — *Voy.* HYDATIDES.

ÉCLAMPSIE. — On a appliqué ce mot à des convulsions générales ou tielles survenant par accès avec perte habituelle de connaissance, et obse chez les enfants ou chez les femmes enceintes ou en couches.

I. Éclampsie des enfants.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les convulsions toniques et cloniques caractérisent les accès d'éclampsie sont générales ou locales. — L'*éclam générale et intense* est épileptiforme. Il y a subitement perte de connaiss fixité du regard, mouvements saccadés des globes oculaires, strabisme, tête tée en arrière, convulsions toniques avec secousses cloniques s'étendant ra ment à la face et au reste du corps, parfois trismus, grincements de dents, vent écume blanche ou rougie de sang expulsée par la bouche, face turgesc vultueuse, violacée, couverte de sueur, extrémités froides, pouls fréque concentré, respiration d'abord suspendue et ensuite très-accélérée, bruy stertoreuse dans les cas graves, dans lesquels il y a aussi quelquefois émis involontaire des urines et des matières fécales. La sensibilité est ordinair abolie comme l'intelligence; rarement elles sont conservées en partie, de m que dans la forme suivante. — L'*éclampsie partielle*, dans laquelle la conge de la face et l'écume à la bouche peuvent manquer, n'atteint parfois qu'u plusieurs muscles de la face et les extrémités supérieures. Lorsque la convu occupe les muscles respirateurs, et particulièrement ceux de la glotte, où ell rarement isolée, il en résulte, ainsi que Valleix l'a établi, l'éclampsie avec suff tion ou asphyxie complète, en d'autres termes, l'affection improprement app asthme thymique, asthme de Kopp, et mieux dénommée SPASME DE LA GLO

Ces accès se succèdent plus ou moins fréquemment en une heure, ou pen un ou plusieurs jours, pour constituer une attaque.

2° *Inductions diagnostiques.* — La question capitale du diagnostic e distinguer l'éclampsie de l'épilepsie infantile, d'après les symptômes, les ca et la marche des deux affections. Or, les *symtômes sont les mêmes* de p d'autre au moment de l'accès, et le *spasme de la glotte* lui-même ne sa être considéré comme propre à l'éclampsie. On a bien dit que, dans l'épileps y a une *aura* qui précède l'accès; mais cette aura manque dans la grande m rité des cas; par cela même qu'elle fait défaut, on ne saurait donc être aut à admettre qu'il y a éclampsie. En est-il autrement de deux phénomènes quels Ozanam (*Arch. de médec.*, 1850) attache une grande importance com

causes, elles me paraissent avoir une importance réelle, sauf lans le cas rare où une vive frayeur a été suivie de convulsions. d'éclampsie est, en effet, tellement commune dans l'épilepsie que, constate, on doit toujours faire ses réserves avant de décider s'il simple éclampsie, affection tout accidentelle et transitoire, ou d'une aladie presque toujours fatalement incurable si elle est abandonnée . Si les accidents apparaissent à l'époque de la première dentition, le fait d'une violente douleur, de l'action d'irritants cutanés (sinapis- toires), d'un chatouillement prolongé, de l'impression d'une cha- ou du froid, de l'ingestion de substances indigestes, de l'existence stinaux, et surtout au début d'une maladie aiguë fébrile bientôt évi- s les probabilités seront pour l'éclampsie.

ie de l'éclampsie, lorsqu'on a pu la suivre *pendant un certain* reconnaître par les anamnestiques, vient surtout éclairer le prati- s attaques ne se renouvellent pas comme celles de l'épilepsie. Elles e plus souvent un ensemble de phénomènes transitoires, et parfois e produit qu'un seul accès; c'est ce qui explique que Vogel et Sauvages éré l'éclampsie comme la forme aiguë de l'épilepsie. Malheureuse- actère différentiel n'est d'aucune utilité au début de l'éclampsie. Il en des conséquences de l'une et de l'autre affection, qui viennent tar- lairer le diagnostic. Ce sont : à la suite des accès d'épilepsie, des *nie* ou la *démence;* à la suite de l'éclampsie, les *contractures* et s musculaires, qui sont souvent l'origine du torticolis, du pied-bot tions du rachis, suivant Jules Guérin.

stic. — Le diagnostic de l'éclampsie est d'autant plus nécessaire à , lorsque la maladie se prolonge, ce qui arrive quelquefois, que son favorable, tandis que celui de l'épilepsie est toujours grave. La fré- ongée du pouls, après les accès d'éclampsie, doit en faire craindre n'oubliera pas toutefois que l'éclampsie aiguë des enfants peut

cas de grossesse avancée, se fasse d'une manière latente pendant les convulsi[ons] ainsi qu'on le constate alors par le toucher, sans que rien, en dehors des ac[ci]dents éclamptiques, puisse faire soupçonner la parturition.

Un *état pléthorique*, l'*albuminurie* (*Voy.* p. 36), une *première gross[esse]* les *impressions morales* plus ou moins vives, l'abus des *alcooliques*, les *ac[cou]chements longs* et difficiles, et enfin la rétention prolongée du *placenta* ou [d'un] *caillot*, sont les causes les plus ordinaires de cette éclampsie, qui cepend[ant a] paru être quelquefois *épidémique*, ou se développer sans cause apparent[e.]

C'est lorsque la délivrance de la femme a eu lieu que l'on voit presque to[ujours] survenir la guérison. Celle-ci peut être rapide et complète, ou chèrement [ache]tée par des conséquences très-fâcheuses, telles que des *paralysies*, la [manie] ou la *démence*. Quoi qu'il en soit, l'éclampsie est toujours une maladie g[rave,] car elle menace à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant qui, ordinaire[ment,] meurt avant la fin du travail.

C'est bien à tort, suivant Depaul (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1851), [que] l'on a dit le pronostic de l'éclampsie d'autant plus grave que la gestatio[n est] moins avancée ou que le travail est plus éloigné de son terme. Il n'admet [pas] non plus qu'il y ait toujours lésion rénale chez la femme grosse éclamptiq[ue, et] croit que l'albuminurie n'est le plus souvent qu'un simple trouble foncti[onnel.]

ECTHYMA. — On reconnaît l'ecthyma à des *pustules enflammées* pl[us ou] moins larges, arrondies, ordinairement discrètes, à sommet purulent, et [aux]quelles succèdent une *tache* d'un rouge sombre qui persiste plus ou moins [long]temps, ou bien une *croûte* plus ou moins épaisse. Ces pustules siégent da[ns les] différentes parties du corps, mais rarement à la face ou au cuir chevelu.

Dans l'*ecthyma aigu*, les pustules sont ordinairement multiples, do[ulou]reuses, et dues à des irritations locales de la peau, à des pommades irri[tantes] (la pommade stibiée, par exemple), et surtout à la présence de l'acare (g[ale).] Dans ce dernier cas, les pustules occupent presque constamment les m[ains et] les pieds. A. Hardy a décrit une forme *gangréneuse* d'ecthyma, dans la[quelle,] outre les eschares, il y aurait un ensemble de phénomènes généraux ady[nami]ques très-graves. — Quant à l'*ecthyma chronique*, il s'accompagne de c[roûtes] noires et adhérentes, sous lesquelles se trouvent des *ulcérations sanieus[es qui]* peuvent persister pendant plusieurs mois. Chez l'enfant (*ecthyma infan[tile*),] on n'a pas indiqué d'autre signe distinctif entre l'ecthyma chronique et [les] pustules syphilitiques que la diversité des phénomènes concomitants dans [cette] dernière circonstance (*Voy.* PUSTULES).

Chez l'adulte, l'ecthyma chronique est dit *cachectique*, et ne paraît être [autre] chose que le rupia (Hardy) (*Voy.* BULLES).

ÉCUME. — On a donné à tort, comme un signe pathognomonique de l'[épi]lepsie, l'expulsion par la bouche d'une écume mousseuse pendant les a[ccès.] Dans l'éclampsie, dans certaines congestions cérébrales, le même phéno[mène] se présente. L'écume desséchée en traînée vers l'angle des lèvres n'en est [pas] moins un indice parfois précieux de l'existence de l'épilepsie, ou du moins [d'un] accès récent.

ECZÉMA. — Classé scientifiquement parmi les vésicules, l'eczéma f[ournit] le meilleur exemple de la difficulté de distinguer les maladies de la peau pa[r une] seule lésion élémentaire.

L'eczéma est une des affections cutanées le plus fréquemment renco[ntrées] dans la pratique. Il se présente sous cinq aspects ou formes différentes. — [Au] début : 1° *rougeur* plus ou moins étendue avec *vésicules* ordinairement petites, mais pouvant se réunir par place de manière à former de vé[sicules]

rfois aussi mélangées de pustules; 2° *surface rouge* sans vésicules, s *éraillures*, des *fentes de l'épiderme*, se croisant en tout sens; le vésicules remplacées par une *surface humide* due au liquide sant le linge, provenant des vésicules rompues ou des éraillures, et te, au moins par places, en *croûtes minces, aplaties,* ou bien en *sses et rocheuses;* 4° sur *un fond rouge asssz vif, ou d'un brun amation épidermique* très-fine et furfuracée, ou bien par squat imbriquées. 5° Enfin, dans cette dernière forme ou période, les nt enlevées par des bains ou des cataplasmes, la partie affectée sente momentanément une *surface rouge, luisante, unie* comme oli, et qui se recouvre bientôt de nouvelles squames.

différents, sur lesquels on n'a pas assez insisté, sont suffisamment nes pour que le diagnostic ne présente pas de difficultés. Assez onstate en même temps une *chaleur locale* plus ou moins vive, de *iison* et l'absence de fièvre, si ce n'est quelquefois au début.

nsiste beaucoup sur la diathèse qui est le point de départ de l'eci fait que cette affection a une tendance continuelle à revenir si on aître. On l'observe à tout âge, principalement au printemps et dans s individus qui font des excès de boisson et de table, ou qui sont ction d'irritants cutanés (épiciers, boulangers, etc.).

m'a paru être très-fréquent au niveau des varices des membres ne faut pas oublier qu'on le peut trouver dans toutes les parties du dans les parties garnies de poils, cuir chevelu, aisselles, pubis, m, soit dans des parties isolées très-diverses, les oreilles, le sein, t qu'il peut parfois être mélangé de pustules ou de croûtes d'*im-*

gu, l'eczéma est une maladie légère et de peu de durée. Quand il e, il est souvent très-opiniâtre et très-incommode, surtout lorsqu'il c le lichen, la gale, l'ecthyma.

ONIE. — *Voy.* VOIX THORACIQUE.

RISATION LOCALISÉE. — D'abord employée en médecine dans ns physiques insuffisantes, l'électrisation a pris, dans ces derniers ssor remarquable, grâce surtout aux belles recherches du docteur le Boulogne) (*Électrisation localisée*, 3e édit., 1870), qui lui a m de *faradisation.*

atique de l'électrisation localisée est à la fois thérapeutique et diae n'est qu'à ce dernier point de vue, qui est d'une utilité très-resaratívement au premier, que j'ai à l'examiner.

i pas à insister longuement sur le *moyen d'exploration* considéré e, c'est-à-dire sur les appareils à l'aide desquels on utilise l'élecconstater l'état de la contractilité ou de la sensibilité musculaires. i parfaitement démontré que, pour cette recherche, il faut pouvoir calement la contraction électro-musculaire avec des intermittences avoir la facilité d'en graduer la puissance. Or, la plupart des appanes remplissent ce but; et, s'ils n'ont pas tous la même puissance, sfont pas tous également aux exigences de la thérapeutique, on peut er comme suffisants sous le rapport des applications diagnostiques. i pratiquer l'électrisation des muscles, il faut, selon Duchenne, nonque les éponges des excitateurs soient abondamment humectées que les courants pénètrent jusqu'aux muscles sous-cutanés, mais les excitateurs soient tenus rapprochés l'un de l'autre, sans se tou-

cher toutefois. On les applique sur la peau dans les points correspondants à la surface des muscles, et successivement dans les différents points des mus pour en explorer les divers faisceaux. On ne laisse les excitateurs en place quelques secondes chaque fois, en tenant compte de l'excitabilité variable muscles, l'intensité du courant pouvant et devant être proportionnée à l épaisseur et à leur excitabilité particulière

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y a du danger à appliquer les excita même avec un très-faible courant, sur la *moitié supérieure du muscle ste cleïdo-mastoïdien, ou sur le bord externe de la moitié supérieure du pèze*, de même que sur le sommet du triangle sus-claviculaire, en rais l'extrême excitabilité du nerf respirateur de Bell ou nerf spinal. On doit également, en faradisant les muscles de la face, qui sont très-excitabl placer les excitateurs sur les points correspondants aux *nerfs sous-orbi* ou *mentonniers*, car il résulterait de l'excitation de ces nerfs une douleur aiguë qui retentirait dans les dents incisives, et quelquefois dans le fo l'orbite et même le cerveau. Il en est de même de l'excitation des *nerfs f taux*. On évitera aussi d'agir sur les *os superficiels*, dont l'électrisati extrêmement douloureuse. Un résultat de la faradisation cutanée dont il aussi être prévenu, c'est la contraction de certains muscles plus ou moins gnés du lieu d'application, contraction qui dépend d'une action réflexe moelle sous l'influence de la faradisation localisée. Enfin je dois rappel l'électrisation du sphincter de l'anus y produit un ténesme insupportab que celle de l'œil avec les appareils ordinaires est extrêmement dangereu

L'électrisation ne doit être mise en pratique que lorsque l'on s'est fami avec les connaissances acquises sur ce point. Dans le cas contraire, en aveugle, et l'on s'expose non-seulement aux accidents qui résultent de plication des excitateurs dans les points que l'on doit éviter et que je vie rappeler, mais encore à exciter trop vivement la sensibilité, et à produi *effets généraux*, dont les principaux sont des *étourdissements*, des *éblou ments*, des *nausées* et même des *vomissements*. Je dois ajouter pourta ces accidents sont rares, et que le plus ordinairement l'excitation él physiologique reste locale et n'a pas pour effet nécessaire, comme le p certains praticiens, une surexcitation des centres nerveux. Cette surexci qui produit quelquefois de l'insomnie, se remarque principalement ch enfants.

Je ne fais qu'indiquer les modes de faradisation localisée que Duch nomme *indirects* et *par courants dérivés*, comme étant employés exc nellement. La faradisation *indirecte*, qui produit des mouvements d'ens est celle que l'on applique sur les troncs nerveux, dont la position et le ports anatomiques doivent être présents à la mémoire, et dont les ram distribuent aux muscles qui entrent en contraction.

2° *Signes*. — On peut dire avec Duchenne que les signes qu'il a déd l'état de la *contractilité* et de la *sensibilité musculaires* sous l'influe l'électricité s'appliquent au diagnostic de *toutes les paralysies partiell générales*. Mais quels sont ces signes de contractilité ou de sensibilité laires, et quelle est leur valeur?

En faradisant les muscles, on peut constater les effets suivants :

1° La *contractilité musculaire* est mise en jeu comme dans l'état sain

2° Elle est complétement abolie ou plus ou moins diminuée;

3° La *sensibilité musculaire* est normale, nulle, ou seulement dimin

Lorsque les muscles d'un membre ou d'une autre partie sont manifes—

que cependant ils répondent à l'excitation électrique comme dans a paralysie, suivant Duchenne, dépend d'une *lésion cérébrale* , ramollissement, tumeurs du cerveau, méningite), ou bien elle *rhumatismale* ou *hystérique*. — Si, au contraire, la contractilité t complétement abolie, on doit soupçonner une paralysie *satur-* est abolie ou seulement diminuée, on a affaire à une paralysie *e la moelle épinière* ou *lésion des nerfs* qui en émanent, ou *rophie musculaire.*

sensibilité musculaire, qui fait percevoir la sensation plus ou moins xcitation électro-musculaire, elle resterait *intacte* dans les para- ion cérébrale; elle serait *augmentée* dans les paralysies rhuma- *'iminuée* dans les paralysies hystériques, ce qui servirait à distin- les ces paralysies avec intégrité de la contractilité électro-muscu- ne, *Electrisation localisée*, 3e édit., 1870).

nts signes n'ont pas tous été interprétés de même par d'autres que Duchenne. On admet généralement que la contractilité muscu- porte comme l'a dit cet ingénieux observateur pour les paralysies turnines, hystériques, par lésions des nerfs ou par atrophie muscu- ffet de la contractilité est complexe pour d'autres paralysies, comme à propos des paralysies générales ou partielles. Une autre cause résulterait de ce fait : qu'il y a des paralysies dans lesquelles la électrique des muscles ne survient que plusieurs jours après le e celle avec lésion des nerfs, ce qui fait que la contraction élec- t non être obtenue suivant l'époque où l'on cherche à la produire. nême dans la paralysie spinale de l'enfance. La question a donc étudiée encore à l'aide de faits nombreux et sur la nature desquels 'aitement s'entendre. Ces signes, fussent-ils considérés tous comme ncontestés, ne constituent pas des signes pathognomoniques. Ce is des cas embarrassants que les signes fournis par la contractilité ulaire peuvent être utiles au diagnostic, et alors comme corollaires, rte, des caractères de la paralysie, de son siége, de son invasion, , et enfin des conditions dans lesquelles elle se produit.

t singulier à signaler à propos de l'abolition de la contractilité élec- e, et qu'il ne faut pas perdre de vue, parce qu'il embarrasserait le l'ignorerait, c'est que, dans certains cas, l'abolition de la contracti- e peut exister au niveau des muscles qui, *après avoir été para- ecouvré leurs mouvements volontaires.* Quoique cette particu- e par Duchenne, ait été combattue avec vivacité par Landry, il -même que « dans certaines paralysies, rien n'est plus vrai, le 'olontaire reparaît avant que l'électricité décèle un changement l'état de l'irritabilité, » et que « souvent aussi des muscles qui pas réagir ou réagir à peine sous l'influence de l'électricité, se ourtant par l'excitation de la volonté » (Landry, *Traité des para-* . 231).

beaucoup à dire encore au sujet de la signification des données fournies par l'électrisation localisée; mais ce serait répéter bien application qui ont été exposés déjà au mot PARALYSIES, auquel je teur.

NTIASIS. — On a compris sous ce nom deux maladies diffé- *hantiasis des Arabes* et celui *des Grecs.* On doit à Duchassaing scription de ces deux maladies, faite d'après les observations nom-

breuses qu'il a recueillies lui-même en Amérique (*Arch. de méd.*, 1854, t. I
et 1855, t. V), où elles s'observent, ainsi que dans d'autres contrées. Mais on
à un médecin de la marine, le docteur Brassac, une étude beaucoup plus c
plète de l'éléphantiasis des Grecs (*Arch. de méd. navale*, 1866, t. VI),
oblige à séparer complétement les deux maladies.

Je ne m'occuperai donc ici que de l'éléphantiasis des Arabes, renvoyant au LÈPRE (des Grecs) l'étude importante de l'autre éléphantiasis.

L'éléphantiasis des Arabes, appelé aussi maladie glandulaire (James He maladie lymphatique ou colique du Japon (Allard), n'est, pour les au qu'une lymphite à répétition. Il se rencontre, suivant Duchassaing, ve centre et au midi de l'Amérique, principalement dans l'adolescence ou dans l adulte, et dans les terres sèches et arides, où il affecte non-seulement les n et les hommes de couleur, mais encore les Européens nés ou habitant de longtemps dans les pays où l'affection est endémique. Cette maladie siége jambes, aux organes génitaux de l'homme (verge, bourses), aux mamelles, ment aux bras et plus rarement à la vulve. Elle est caractérisée par l'*inflam tion des lymphatiques* revenant par accès plus ou moins éloignés, et don par leur répétition, un *volume monstrueux* aux parties atteintes. La peau de tendue et luisante, et souvent il s'y développe en même temps des *tuberc* les uns confluents, dus à des matières pulvérulentes agglutinées par un li sanieux et recouvrant des *ulcérations* (Larrey); les autres charnus, disc pédiculés et beaucoup plus volumineux que les précédents. Il y a aussi des *nopathies* qui correspondent aux parties atteintes.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés lorsque la maladie est ancienne et les parties atteintes sont le siége d'une hypertrophie monstrueuse. Le diag n'est difficile qu'au début, alors que l'on peut croire à une *angioleucite* si ou à un *phlegmon diffus*, ou bien, chez une nouvelle accouchée, à une *p matia alba dolens*. Si l'on se trouve dans un pays où l'éléphantiasis est e mique, si le malade n'a subi aucune des causes locales qui produisent la phite ou le phlegmon diffus (piqûre, écorchure, plaie, contusion), on se droit d'opter pour l'éléphantiasis, dit Duchassaing (*loc. cit.*). Quant à la p matia, il sera bien difficile, sinon impossible, de se prononcer.

Il est très-important pour le diagnostic de savoir que l'éléphantiasis des A peut être *fébrile*, *apyrétique*, *gangréneux*, *phlegmoneux*, *erratiq* ambulant (comme le rhumatisme), et que les malades atteignent rareme âge avancé, succombant à des complications plus ou moins graves (abcès, grène, ulcères rebelles avec carie). Jusqu'à présent, on n'a su guérir l'élé tiasis des membres inférieurs que par la ligature de l'artère fémorale (Bu *Dublin quarterly Review*, 1862; A. Richard, *Gaz. des hôpit.*, 1863; Br *The Lancet*, 1866).

EMACIATION. — *Voy.* AMAIGRISSEMENT.

EMBARRAS GASTRIQUE. — *Voy.* GASTRIQUE.

EMBOLIES. — On entend par embolies, d'après Virchow, les conc sanguines ou d'une autre nature qui, formées dans un point des voies ci toires artérielles ou veineuses, sont entraînées par le courant sanguin jus bifurcations vasculaires où elles s'arrêtent, en donnant lieu à des accident vent subits, et plus ou moins graves, dus à l'obturation des vaisseaux. Ces et leurs conséquences, d'abord contestées, sont aujourd'hui des faits a bien démontrés. Je n'ai pas à développer ici la question physiologique o rimentale des embolies, mais à les envisager plus particulièrement au poi vue clinique. Sous ce dernier rapport, je dois rappeler que Van Swieten, a

avait signalé la possibilité de la migration des concrétions fibri-s cavités cardiaques dans les vaisseaux; que Legroux, le premier 827), en publia un exemple; que François en rappela la possibilité *es spontanées*, 1832); et qu'en 1853 le docteur Deschamps (*Gaz.* dmis la migration des concrétions calcaires dans les vaisseaux, sans la démontrer par des observations. Mais on ne saurait refuser à Vir-neur d'avoir, dès 1846, étudié beaucoup plus complétement qu'on ne avant lui l'*embolisme veineux*. Ses expériences sur les animaux ont péremptoirement que des corps assez volumineux déposés dans des eux plus ou moins éloignés du cœur traversent les cavités droites de pour aller obstruer les artères pulmonaires. Il admit comme fait que, *toutes les fois qu'il se forme des caillots dans les artères es*, sauf dans ceux où il y a lésion sur place (thrombose), *ces caillots nt de concrétions sanguines développées primitivement dans ine*. Les observations qui ont été recueillies depuis par Senhouse-ngleterre (*Med.-chir. Transact.*, 1852, et *Arch. de méd.*, 1853), fesseur Schützenberger à Strasbourg, par Charcot (*Gaz. méd. de* 6), Béhier (*Gaz. hebd.*, 1857), Legroux, Forget, Marc Sée, Fritz l (*Thèse*, 1862), Lancereaux (*Thèse*, 1862) et Trousseau (*Clin. méd.*,), etc., sont plus que suffisantes pour démontrer que les oblitérations produisent bien réellement des accidents que l'on peut, pendant la ter à leur véritable origine. Il est évident que, lorsqu'on démontre ment, dans un caillot obturateur, des fragments fibrineux qui, par la consistance, la composition et la forme, ressemblent ou peuvent gulièrement à des concrétions fixées en amont du cours du sang dans vasculaires, fragments qui sont comme à cheval sur une bifurcation, dans des caillots plus récents dont ils ont déterminé la formation, il re qu'il y a réellement embolie. C'est ce que beaucoup de faits lent hors de doute.

nt les signes qui ont été donnés comme révélant des migrations pendant la vie, et les conséquences qu'en peut déduire le praticien? varient suivant le siége artériel ou veineux de l'embolie. Cependant ité du début des accidents appréciables est un caractère général de ces signes, qui surviennent au moment même où la migration de st terminée. Mais pour bien comprendre les embolies, il faut les exa-t : 1° dans les conduits ou cavités vasculaires à sang rouge; 2° dans noir. On ne doit pas oublier que la circulation du sang artériel part res du poumon pour aboutir aux capillaires de la grande circulation, nt les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, l'aorte et les que la circulation du sang veineux, partant des capillaires de la ulation, aboutit aux capillaires du poumon, en traversant les veines, droites du cœur, et l'artère pulmonaire, si justement dénommée ar les anciens.

olies du sang artériel. — Les corps ou corpuscules migrateurs ent ces embolies peuvent provenir des capillaires des poumons, des nonaires, de l'oreillette gauche, du ventricule gauche, ou de l'aorte. litérer les artères des membres ou celles des différents viscères, et, olume de ces corps migrateurs, interrompre la circulation dans des n certain volume (embolies proprement dites) ou seulement des arté-rctus), ou enfin altérer le sang.

olies qui s'arrêtent dans les artères d'un certain calibre et qui sont le

plus facilement constatées par leurs effets pendant la vie, produisent des ac
dents *vers les membres* ou *vers la tête*.

Lorsque, chez un malade atteint de maladie organique du cœur gauche, (suivant Schützenberger, de phlébite gangréneuse des veines pulmonaires, enfin de dégénérescence athéromateuse des gros troncs artériels, on voit surv *tout à coup* vers l'une des extrémités supérieures ou inférieures, des *fourm lements* plus ou moins douloureux avec ou sans *élancements*, parfois des d *leurs atroces* dans tout le membre, un *refroidissement* réel, tandis qu malade a la sensation d'une *chaleur brûlante*, enfin un aspect cadavérei une véritable *gangrène* de ces mêmes parties, on doit soupçonner un e lisme artériel des troncs qui se ramifient dans la partie atteinte; et le sou se change en certitude si, en même temps, l'on cesse de percevoir locale les battements au niveau des vaisseaux artériels dont il vient d'être ques Ces battements sont alors quelquefois perceptibles au-dessus d'un cordon non bosselé, peu douloureux à la pression, formé par le tronc oblitéré, et pe tible au toucher.

Si, dans les mêmes conditions de maladie du cœur, il survient une *hémi subite*, on doit encore croire à la migration d'une embolie cardiaque da artères du cerveau, où elle détermine un ramollissement dans les parties ramifie l'artère oblitérée, suivant Virchow et Kirkes. Ces ramollissements (liques, sur lesquels je reviendrai ailleurs (*Voy.* RAMOLLISSEMENT du cer ont été bien étudiés en France par Schützenberger (1857) et Lance (*Thèse*, 1862). Schützenberger préfère au mot ramollissement la dénomi d'*infarctus fibrineux*, qui n'a cependant pas été depuis en usage, no que le nom de *gangrène* du cerveau, employé également. Trois degr ramollissement (Lanceraux) résultent de ces obturations artérielles, qui été observées que dans les artères sylvienne et carotide interne (Schützenb Le ramollissement est : 1° rouge ou brunâtre, 2° jaune, ou 3° blanc. L'hé gie subite, apoplectiforme, en est le symptôme prédominant.

On ne saurait désormais nier l'origine embolique de certains ramollisse cérébraux dans les conditions des organes de la circulation que j'ai rap plus haut; je dis certains ramollissements, car ils n'ont pas tous cette or On a pu d'abord émettre des doutes sur l'interprétation anatomique de ce faits de ce genre lorsqu'il s'agissait de concrétions sanguines emboliques il ne saurait en être de même de ceux dans lesquels l'embolie était une co tion calcaire (avec caillot adventif) trouvée dans l'artère sylvienne du cô ramollissement, opposé à celui de l'hémiplégie (*Voy. Gaz. hebdom. de* ı *cine*, 1856, p. 347). Une preuve clinique saisissante de la réalité de cette d'hémiplégie nous est fournie par un fait rapporté par Esmarch, de Kiel (*für patholog., Anatomie de Virchow*, 1850) : la pression opérée sur un vrysme carotidien en fit détacher intérieurement des concrétions sanguin déterminèrent l'oblitération des artères cérébrales et une hémiplégie s L'expérimentation elle-même est venue donner des preuves irréfutabl ramollissements du cerveau, dus à l'interruption de la circulation artéri une portion de cet organe par des corps étrangers introduits dans les artères et entraînés jusque dans la carotide interne ou dans ses sub (Cohn, Panum, Bergmann, Prévost et Cotard, etc.).

C'est aussi à l'expérimentation qu'on doit la démonstration des embolie artérioles d'où résultent les *embolies capillaires* ou *infarctus*. Sans rap les nombreuses publications étrangères dont les infarctus ont été le sujet, j contenterai de rappeler les travaux de Vulpian (*Union méd.*, 1866), de

et Cotard (*Gaz. méd. de Paris*, et *Mém. de la Soc. de biologie*), Thèses d'agrégation de Ball (*Rhumatisme viscéral*), de Martineau (*Des ndocardites*), et surtout la *Thèse* de Ch. Lefeuvre (*Etudes phys. et pathol. des infarctus viscéraux*), parue en 1866 comme les travaux précédents. s récemment, V. Feltz, de Strasbourg, a publié des recherches expérimens et cliniques intéressantes sur le même sujet (*Études clin. et expérim. embolies capillaires*, 1868, avec planches). Il a démontré que ces embolies rielles peuvent se rencontrer dans les capillaires de tous les organes, même les vaisseaux des synoviales. Les infarctus, qui ne sont qu'un mode partir d'embolie, ont la même origine. Lefeuvre, qui a réuni quarante-sept vations de ce genre, trouve en première ligne l'*endocardite ulcéreuse*, les omes de l'aorte, puis les *végétations* des valvules, comme les conditions s fréquemment observées de la production des infarctus. On pourrait rapici la gangrène du poumon comme fournissant quelquefois des détritus liques qui, en gagnant le cœur par les veines pulmonaires, pourraient aller r des infarctus. — Quoi qu'il en soit, ces infarctus se forment principalepar ordre de fréquence, dans la *rate*, *fig.* 29 et 30, les *reins*, le *cerveau*



. — Rate d'une jeune femme morte d'endocardite ulcéreuse (Lefeuvre). *a*, infarctus jaune fibreux. perémie collatérale et vaisseaux de nouvelle formation. *c*, cavité des infarctus gangréneux contene liquide puriforme et des bourbillons noirs. *d*, bourbillons noirs gangréneux. *e*, artères spléni*f*, caillots oblitérateurs emboliques terminés en pointe.

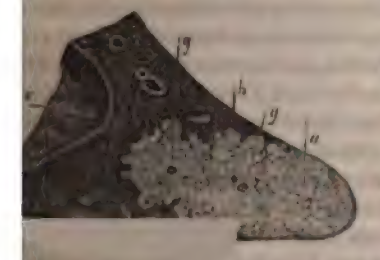


Fig. 30. — Coupe de la rate au niveau de l'infarctus jaune. *a*, coupe de l'infarctus. *b*, hyperémie collatérale profonde et vaisseaux de nouvelle formation pénétrant dans l'infarctus. *c*, cavité d'un autre gangréneux situé sur la face externe de l'organe. *gg*, orifices vasculaires et autres traces de la trame splénique conservées au milieu de l'infarctus (Lefeuvre, *Thèse* de doctorat).

eur étude se confond avec celle du ramollissement), dans les intestins (anse érée), dans le cœur, les muscles (*Thèse* Lefeuvre), et plus rarement dans le (Lanceraux, *Gaz. méd.* et *Comptes-rendus des séances de la Soc. de*

biologie, 1862). Une douleur persistante locale indique parfois leur formati[...] comme je l'ai noté dans deux cas d'endocardite ulcéreuse; cette douleur p[...] donc être rapportée par exclusion aux infarctus, si on l'observe dans les c[...] tions pathologiques rappelées tout à l'heure. Ces infarctus forment des [...] d'engorgements durs, de forme conique due à l'oblitération des subdivi[...] d'un vaisseau artériel qui forme le sommet du cône, et où l'on trouv[...] fragments migrateurs. Rouge d'abord, l'infarctus forme ensuite une [...] jaune ressemblant au lipome ou au tubercule, et subit un ramollisseme[...] dégénérescence graisseuse ou même une vraie gangrène. C'est ce que mo[...] les figures 29 et 30, qui sont empruntées à Lefeuvre. Suivant Feltz, il y [...] d'abord extravasation sanguine par suite de rupture vasculaire capillaire, [...] laquelle il n'y aurait pas d'infarctus véritable.

Outre ces embolies ou ces infarctus artériels, il y a des oblitérations c[...] *laires* résultant de caillots désagrégés, émiettés, et de détritus très-[...] provenant le plus souvent de l'endocardite ulcéreuse. C'est dans les faits d[...] genre, signalés par Virchow et Senhouse-Kirkes, qu'il survient un état typh[...] par altération du sang, et qui a été étudié par Lesouef (*Bull. de la Soc. a*[...] 1861), par Charcot et Vulpian (*Gaz. méd de Paris*, 1862), Lancereaux (*ib*[...] Lemarchand (*Thèse*, 1862), Ernest Œdmanson (*Gaz. hebdom. de méd. et* [...] *rurgie*, 1865). Je reviendrai sur ce sujet à propos de l'ENDOCARDITE ulcér[...]

II. **Embolies du sang veineux.** — Ces embolies ont leur origine [...] les veines (concrétions sanguines), dans les cavités droites du cœur ou [...] l'artère pulmonaire. Les embolies capillaires du foie provenant de la veine [...] n'ont pu être encore démontrées expérimentalement (Feltz). C'est dans le [...] ou les divisions de l'artère pulmonaire que s'arrête communément l'emb[...] Les signes qui en résultent sont ceux de l'oblitération de l'artère pulmo[...] survenant subitement : *anxiété vive, dyspnée ou suffocation asphyxique*, *syncope*, plus ou moins rapidement suivies de mort. Les sujets attein[...] maladies du cœur avec concrétions sanguines dans les cavités droites [...] plus ordinairement, ceux présentant une coagulation intra-veineuse au ni[...] d'un membre, comme dans la *phlegmatia alba dolens*, ainsi que l'ont obs[...] Charcot et Ball, sont les malades exposés à l'embolisme veineux. La migr[...] des concrétions jusqu'à l'artère pulmonaire a lieu soit directement à partir [...] cavités droites du cœur, soit des veines éloignées vers le cœur, où elles tra[...] sent l'oreillette et le ventricule droits pour aller ensuite s'arrêter dans l'art[...] Un *mouvement brusque* pourrait être la cause occasionnelle de ces emb[...] veineuses.

L'embolie de l'artère pulmonaire ainsi comprise a donné lieu à des tra[...] très-importants depuis que Virchow l'a démontrée expérimentalement, travaux [...] auteurs que j'ai nommés plus haut, et parmi lesquels je dois rappeler en pre[...] ligne la monographie de Ball (*Des Embolies pulmonaires ; Thèse*, 1862).

Les coagulations veineuses, quelle qu'en soit l'origine, et les végéta[...] fibrineuses du cœur droit, sont les points de départ des embolies de l'a[...] pulmonaire. Mais il ne faut pas oublier que la coagulation du sang dans l'a[...] pulmonaire peut se faire dans cette artère même, surtout en commençant [...] les dernières divisions, et indépendamment de toute embolie (*Voy.* AR[...] PULMONAIRE et OBLITÉRATIONS vasculaires). C'est l'idée ancienne, idée qu[...] vraie dans un certain nombre de cas, et que l'on a seulement rajeunie par [...] mot *thrombose*.

Quoi qu'il en soit, l'instantanéité des accidents, leur courte durée, leur car[...] tère à la fois asphyxique et syncopal, et leur terminaison par la mort, [...]

particulièrement à l'existence d'une embolie dans le tronc de lmonaire. Quand l'embolie s'arrête seulement dans une des eu volumineuses de cette artère, il en résulte des symptômes de , de *pleurésie*, de *gangrène* et de *pneumo-thorax*. On attribue à tions minimes des petits infarctus pulmonaires. C'est aussi de cette : se produisent les infarctus purulents (pyémie) et les prétendues *aisseuses* de Wagner (de Leipzig), qui sont dues à des suppurations ns éloignées (*Arch. der Heilkunde,* 1865).

:e des embolies veineuses est grave. La mort en est la conséquence et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a pu croire à une érison démontrée possible par Feltz (*loc. cit.*).

[POINT. — *Voy.* Obésité.

)UE. — *Voy.* Empoisonnements.

'SÈME PULMONAIRE. — Laennec (*Traité d'auscult.*) a le :it cette maladie, causée, suivant lui, par la distension forcée et per- ; vacuoles pulmonaires, et caractérisée pendant la vie par des symp- s signes physiques caractéristiques. Cette affection a été autrement ar le docteur Villemin (*Arch. de méd.*, 1866), qui n'admet pas la pro- anique de l'emphysème. Il a cru constater, par des examens micros- ι'au premier degré il y a une véritable *hypertrophie* des éléments de e vésiculaire. Il en résulterait une extension de cette membrane et tation de la capacité des alvéoles. Comme lésions secondaires, il y ertuis dus à la chute de noyaux-cellules hypertrophiés et devenus Enfin le parenchyme se creuserait de vacuoles à contours déchiquetés une sorte de feutrage. On peut objecter à cette manière de voir, ullement démontré que l'hypertrophie de la membrane vésiculaire ne nsécutive. Mais quelle que soit l'opinion que l'on se forme de la clair que les faits d'emphysème pulmonaire sont trop fréquemment ec la plupart des caractères indiqués par Laennec, par Louis, etc., pour que l'on raye cette maladie du cadre nosologique, relègue au second plan, comme un simple accident temporaire.

ents du diagnostic. — Les particularités qui caractérisent princi- emphysème pendant la vie sont : l'*absence de fièvre*, sauf dans les plications, une *dyspnée* habituelle débutant parfois dès la première ien rarement après cinquante ans, peu considérable pendant de nées quand elle remonte à l'enfance, puis successivement plus t se compliquant d'*accès* pendant lesquels les malades semblent menacés de suffocation; une *toux* plus ou moins fréquente liée à *ite chronique* concomitante; une *altération de la forme de la* dinairement bornée et surtout remarquable au niveau des régions laires; une exagération d'intensité du son obtenu par la *percussion; se du bruit respiratoire* avec *expiration prolongée*, parfois une anifeste ou une respiration *granuleuse*, souvent *sibilante ou* avec *râle sous-crépitant* toujours plus prononcé ou borné à la base oumons en arrière; enfin, chez un certain nombre de sujets affectés temps, des *palpitations* et de l'*œdème* des membres inférieurs s, *Mém. de la Soc. d'observ.*, t. I, 1837).

tions diagnostiques. — Parmi ces différentes données, la dyspnée ractères particuliers est celle qui a le plus de valeur, car seule elle nysème très-probable S'il s'y joint une saillie globuleuse générale antérieure de la poitrine (principalement chez les vieillards), ou

des saillies partielles avec effacement des espaces intercostaux, surtout si elles occupent les régions sus et sous-claviculaires, une sonorité exagérée à la per-cussion et un affaiblissement du bruit respiratoire, il n'y a guère à douter de l'existence de l'emphysème. Cependant Beau, qui a formulé une théorie en opposition à celle de ses devanciers, a dénié aux hétéromorphies thoraciques toute valeur séméiologique; mais en observant les faits avec attention et sans idée préconçue, l'on peut se convaincre que ce signe existe lorsque la maladie a déjà eu une certaine durée. La saillie se produit d'ailleurs par le même méca-nisme que le refoulement du cœur et celui du diaphragme (d'où la saillie de l'épigastre et l'abaissement du foie) signalés par Stokes dans un certain nombre de faits. Il n'y a, dans les saillies post-claviculaires et sous-claviculaires, rien qui ressemble à la dilatation veineuse par laquelle Beau a voulu les expliquer. Ces saillies sont particulières à l'emphysème; seulement elles n'existent pas dans tous les faits. Tout en continuant donc à admettre les hétéromorphies dues à l'emphysème, je dois faire remarquer que le son exagéré du thorax à la percussion a perdu de son importance première comme signe d'emphy-sème depuis que les conditions connues du TYMPANISME thoracique se sont multipliées; cependant, réuni aux autres signes, il concourt à compléter le diagnostic.

Mais un élément complexe de diagnostic qui contribue principalement à caractériser la maladie, ce sont les recrudescences de la dyspnée habituelle. Il y a d'abord les recrudescences tout à fait passagères, provoquées par la marche, l'ascension d'un lieu élevé, par l'inspiration d'un air chargé de pous-sière, imprégné de vapeurs excitantes, ou bien simplement par le sommeil, ce qui l'oblige fréquemment à sortir de son lit la nuit et à gagner la fenêtre pour respirer. L'accès est alors caractéristique, et, comme antécédent, il consti-titue une donnée excellente pour le diagnostic. Mais il y a, selon moi, deux formes de recrudescences ou d'attaques de dyspnée qui constituent de véri-tables complications, et dont l'apparition vient corroborer le diagnostic.

A. — L'*accès de dyspnée est plus durable* que ceux déterminés par la marche rapide, l'ascension, les odeurs fortes, etc., dont il vient d'être question. Il peut persister un ou plusieurs jours, caractérisé par une respiration sifflante, la faiblesse ou l'absence du bruit respiratoiree, par des *râles sifflants ou ron-flants* qui sont peu modifiés par la toux, et qui pourront disparaître du jour au lendemain par l'usage d'un vomitif, en même temps que la poitrine diminue sensiblement de volume à la mensuration. L'accès est alors dû à une congestion pulmonaire.

B. — L'*accès de dyspnée est plus persistant encore;* il y a des râles sous-crépitants humides, des râles sonores se modifiant par la toux, et les accidents ne cèdent que d'une manière incomplète à l'emploi d'un émétique. Il y a en un mot une *bronchite* incidente plus ou moins aiguë avec la con-gestion. C'est dans cette espèce d'accès prolongés de dyspnée que l'on voit survenir l'œdème des membres inférieurs, qui disparaît d'abord avec la bronchite accidentelle, mais qui à la longue se répète et finit par devenir permanent.

L'emphysème n'existe, pour Beau, que pendant ces accès, qui sont pour lui des bronchites avec accès d'asthme. Mais en admettant que les signes de l'emphysème soient plus prononcés au moment des accès, il est clair que l'on voit persister, dans les intervalles, des signes suffisamment caractéristiques de l'emphysème, indépendants de ceux de la congestion (qui n'est pas de la bronchite) et de la bronchite elle-même.

Il serait difficile de confondre l'emphysème pulmonaire avec la bronchite

chronique simple, ainsi que le fait remarquer le docteur Louis, avec la *dilatation des bronches*, avec la *phthisie*, quoique l'on admette que les tubercules produisent de l'emphysème dans leur voisinage. On pourrait cependant croire à l'existence d'un emphysème pulmonaire dans les cas de *tumeur du médiastin* comprimant l'un des gros tuyaux bronchiques ou occasionnant la dyspnée, avec sonorité normale et faiblesse du bruit respiratoire du côté de la poitrine. Quant à la confusion de l'emphysème, uni à une bronchite chronique, avec la phthisie, elle a été plusieurs fois commise, et l'on a vu des emphysémateux être envoyés dans les climats chauds comme phthisiques.

Parmi les complications de l'emphysème pulmonaire, il faut noter, suivant ...masi (*La Riforma clinica*, 1867), la présence d'une grande proportion d'acide urique dans l'urine des malades. Mais la congestion pulmonaire, trop ...nue en pareil cas, et la bronchite chronique ou aiguë, sont les complications habituelles de la maladie. L'*hypertrophie simple du cœur* sans lésions ...laire est une complication fréquente de la maladie déjà ancienne; et c'est les faits de cette espèce que l'on peut observer une anasarque persistante. ..., la *pneumonie* et, bien plus rarement, le *pneumo-thorax* par rupture ...ésicules et de la plèvre, sont aussi des complications accidentelles de la ...lie.

Pronostic. — L'emphysème pulmonaire tend incessamment à faire des ...ès; mais ils sont très-lents et ne s'opposent pas à une longue existence. ...ction consécutive du cœur peut contribuer à abréger la vie. J'ai vu récemment un emphysémateux avancé en âge et atteint de bronchite, qui a succombé ...ement par suite de la formation de concrétions sanguines dans le cœur ...trophié.

...PHYSÈME SOUS-CUTANÉ. — 1° *Caractères.* — La peau, qui ...soulevée par l'accumulation d'une certaine quantité de gaz dans le tissu cel...e sous-jacent, fait sentir sous la pression du doigt une crépitation que l'on ...parée avec raison à celle que produit la pression de la neige. Quelquefois ...au distendue est élastique et donne un son manifestement tympanique à ...rcussion (Cruveilhier). Cet emphysème sous-cutané peut être local ou gé...l, et, dans ce dernier cas, la face et le reste du corps prennent, en se dé...ppant graduellement outre mesure, des proportions hideuses. C'est un ... que le chirurgien constate beaucoup plus fréquemment que le médecin, ...ipalement dans les cas de fracture des côtes avec déchirure du poumon, ... niveau des hernies compliquées de gangrène. Mais des solutions de con...té *spontanées* des organes contenant de l'air peuvent permettre à cet air de ...ncher dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui a principalement lieu par ... de rupture des poumons, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte.

... Guillot (*Arch. de méd.*, 1853, t. II), H. Roger (*Revue médicale*, même ...e, et *Actes de la Soc. des hôp.*, 6ᵉ fascicule) et Ozanam (*Arch. de méd.*, ..., t. III) ont publié des Mémoires importants sur l'emphysème sous-cutané ...enfants. Hervieux a décrit un *emphysème pulmonaire* des enfants du pre...âge, qu'il a observé comme lésion dans une foule de conditions patholo...s très-disparates, et qui ne donne lieu pendant la vie à aucun symptôme ...culier, si ce n'est, dans certains cas, à un emphysème généralisé (*Actes de ...oc. méd. des hôp.*, 1864). Suivant Guillot, dont le travail concerne les ...eau-nés, c'est au-dessus de la fourchette du sternum et des clavicules ...e manifeste d'abord le gonflement extérieur de l'emphysème sous-cutané; ...ne de proche en proche le tissu cellulaire, qu'il distend de plus en plus,

en s'étendant de la région cervicale à tout le thorax, à la face et au crâne; il est d'abord sensible à la pression de la base du cou, avant de l'être par la saillie de ces régions. Cela se conçoit; mais chez les enfants plus âgés, Ozanam (mémoire cité) a remarqué que l'air provenant de la rupture pulmonaire pouvait, en suivant les gaînes vasculaires, soulever la peau des joues sous forme d'une tumeur lisse, arrondie, brillante, et qui tantôt est ferme, élastique au toucher, si l'air n'a pénétré que par des ouvertures étroites, et tantôt, au contraire, dépressible et disparaissant complétement par la pression, pour reparaître bientôt, si l'accès de l'air est largement établi. De ces différentes parties l'emphysème peut s'étendre à tout le corps, mais la mort arrive ordinairement auparavant. Elle a eu lieu vingt-cinq fois sur vingt-huit cas réunis par Ozanam et comprenant ceux de Roger et Guillot.

A l'âge adulte, l'emphysème sous-cutané présente des caractères analogues; seulement l'invasion peut se faire dans des points différents, comme on le verra plus loin.

2° *Conditions pathologiques* et *signification*. — Lorsque l'on constate la présence de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit seulement à la pression de la partie antérieure et latérale du cou, soit au niveau d'une tuméfaction caractéristique plus ou moins étendue, il faut en rechercher la cause. La plus fréquente chez l'enfant est une toux violente, principalement celle des accès de *coqueluche*. Suivant Ozanam, le même effet résulterait d'une *bronchite*, ou même d'une pneumonie ou d'une pleurésie, *mais au niveau du poumon sain*, qui a dès lors un surcroît d'activité (?); on a attribué encore la production de l'emphysème sous-cutané à la simple *violence des cris* de l'enfant due à un accès de colère, à une douleur très-vive (Ozanam), ou à des *efforts musculaires* exagérés, lorsque, par exemple, l'enfant cherche à se dégager des mains qui le maintiennent (Vitali, *Arch. de méd.*, 1846).

Chez l'adulte, on a vu cet emphysème produit par la perforation sous-cutanée d'une *caverne tuberculeuse* (Cruveilhier, Stokes), par le ramollissement d'un *ganglion bronchique tuberculeux* ouvert à la fois dans le médiastin et la bronche droite (Debeauvais, *Union méd.*, 1856), et, chez la femme en travail, au niveau de la face, du cou, du thorax, au moment des *efforts de l'accouchement* (Todd, *Edimb. med. journ.*, 1855). Dans les mêmes conditions, Clintock a observé un emphysème sous-cutané des régions sus-pubiennes et iliaques résultant de la rupture de l'utérus (*North-American med-chir. review*, 1858). Enfin Erichsen (*Lancet*, 1860) et Demarquay (*Gaz. des hôp.*, 1860) ont vu l'emphysème consécutif à des opérations pratiquées sur le rectum sans infiltration stercorale ou urineuse.

Presque toujours mortel par asphyxie, l'emphysème sous-cutané a été suivi de guérison dans un petit nombre de cas. Celui de Todd est du nombre.

EMPOISONNEMENTS. — Je ne dois entendre ici par empoisonnement que les accidents plus ou moins rapides qui résultent de l'introduction d'un poison dans l'estomac, ou de son application sur le derme dénudé, à dose suffisante pour occasionner la mort ou altérer gravement la santé. Il ne sera question dans cet article que de ces accidents aigus, les effets chroniques des substances vénéneuses étant exposés au mot INTOXICATIONS.

En dehors de tout problème médico-légal, deux questions diagnostiques se présentent à résoudre dans la pratique : 1° *Existe-t-il réellement un empoisonnement? 2° En cas d'affirmative, quelle en est la cause?*

I. **Existe-t-il un empoisonnement?** — Cette première question est fréquemment difficile à résoudre. L'invasion rapide des accidents, surtout au

ne bonne santé habituelle, leur apparition immédiatement après le repas, pression même des phénomènes observés, sont les données principales qui, faut de la connaissance de la cause, font soupçonner qu'il y a empoisonnt. Mais combien de maladies spontanées se caractérisent de la même tre! Il peut donc y avoir fréquemment doute sur la nature des phénomènes rés; doute d'autant plus sérieux que l'on a généralement négligé d'étudier ipoisonnements *considérés comme maladies*, ainsi que l'ont fait remares auteurs du *Compendium* de médecine. Ce n'est que dans ces derniers que la question clinique a été reprise et traitée plus à fond dans le livre ant publié récemment par Tardieu et Roussin (*Etude médico-légale et ie sur l'empoisonnement*, 1867). Cet ouvrage permet d'envisager la n dans ses rapports avec la pathologie, ce que n'avaient pas encore de faire les travaux antérieurs, ayant trop exclusivement pour objet la gie au détriment de l'empoisonnement-maladie. Le travail de l'éminent ur de médecine légale, dans lequel je vais puiser pour l'étude de l'emement en général, me fournira d'excellentes données de diagnostic.

ssification artificielle des poisons, que les études médico-légales ont à établir d'après leur action particulière sur certains organes, est la i puisse servir de fil conducteur dans le diagnostic des empoisonnements. la première édition de ce Dictionnaire, j'ai signalé l'insuffisance de la ation des poisons en *irritants*, *narcotiques*, *narcotico-âcres* et *septi*nt les effets dans chaque division étaient trop variables pour être caraces de cette classe en général. Tardieu a démontré que cette classificapouvait être conservée, et il en a proposé une nouvelle, qui concorde ivec les éléments pratiques du diagnostic. Il admet l'empoisonnement oisons : 1° *irritants ou corrosifs ;* 2° *hyposthénisants ;* 3° *stupéfiants ; otiques ;* 5° *névrosthéniques* (*loc. cit.*, p. 167). Je vais suivre cette

fets des poisons irritants ou corrosifs. — L'empoisonnement avec les es toxiques de ce groupe se reconnaît à des signes généraux assez tranne saveur brûlante et une douleur très-vive dans la gorge, le long de ge et jusque dans l'estomac, des vomissements multipliés de matières sanguinolentes, de couleur brune ou jaunâtre, des évacuations alvines moins abondantes, une déglutition très-douloureuse, une soif inextindu météorisme, avec un état général ordinairement grave, l'altération ts, la pâleur, l'anxiété, de l'agitation ou une prostration profonde : tels signes généraux des empoisonnements par les poisons irritants ou s. Ils peuvent ulcérer et perforer le tube digestif en donnant lieu à une te rapidement mortelle.

nsemble de phénomènes, sans être observé au complet, doit faire soupou reconnaître un empoisonnement par une substance irritante ou corgissant avec énergie sur les organes digestifs, sans avoir d'action seconsultant de leur absorption. Ce genre d'empoisonnement pourrait être u avec de nombreuses maladies. La *perforation intestinale*, l'*étrangletestinal* interne ou externe, la *gastrite grave*, la *péritonite aiguë*, le sporadique ou épidémique, sont les principales. J'ai vu une *névralgie tercostale* violente et subite chez une hystérique, à la suite d'un repas, par les vomissements joints à la douleur, un empoisonnement de ce genre.

fets des poisons hyposthénisants. — Quoique plusieurs des poisons ci et que j'énumérerai plus loin produisent au premier abord des effets semblables à ceux qui sont dus aux poisons irritants ou corrosifs, c'est

à tort qu'on les a confondus avec eux, les hyposthénisants ayant des effets to[...]ques qui résultent de leur absorption. On reconnaît les empoisonnements de [...] groupe, non-seulement à l'existence d'une saveur âcre et à la contraction d[...]loureuse de la gorge, aux nausées, vomissements et aux évacuations al[...] répétées, comme dans le groupe précédent, mais encore à d'autres signes [...] bien distingués par Tardieu. Aux vomissements plutôt muqueux et glaireux [...] bilieux et porracés, viennent s'ajouter bientôt une prostration extrême des fo[...] un *état* syncopal tout à fait caractéristique, une grande oppression, une [...] ardente, l'absence d'urine, le météorisme du ventre, le refroidissement d[...] peau, des crampes, quelquefois des convulsions partielles ou générales, su[...] de paralysies du sentiment et du mouvement. La voix s'éteint, des ecchym[...] peuvent se montrer ainsi que la cyanose; la mort, qui survient plus ou m[...] rapidement, est précédée de sueurs visqueuses, de convulsions, de sync[...] Quand la terminaison n'est pas funeste, et que le malade guérit, la conv[...]cence est longue et difficile. Dans la forme subaiguë, les rémissions alter[...] avec des recrudescences, et la santé, profondément altérée, peut à jamais [...] perdue.

Les maladies dont se rapproche le plus l'empoisonnement par les poi[...] hyposthénisants sont, selon Tardieu, l'*indigestion grave*, le *choléra* épidém[...] et sporadique, et quoique d'une manière moins frappante, certaines fo[...] ataxiques et adynaniques de la *fièvre typhoïde*. La ressemblance peut être [...] grande pour induire en erreur, et rendre nécessaire l'analyse de l'urine et [...] matières rendues par les vomissements et par les selles. Les meilleurs si[...] différentiels, la cause étant inconnue, seraient d'ailleurs l'existence d'une c[...] autre que l'ingestion du poison.

3° *Effets des poisons stupéfiants.* — Ces poisons ne produisent jamais [...] irritation locale que l'on puisse assimiler à celle des poisons irritants; ils [...]sent d'une manière toute spéciale sur le système nerveux, dont ils dépri[...] l'activité. Ce sont eux qui ont été désignés sous la dénomination de *narco[...] âcres*. On reconnaît l'empoisonnement de ce genre d'abord aux malaise[...] début, aux défaillances, céphalalgie, vertiges, douleurs épigastriques, na[...] vomissements, ballonnement du ventre. A ces symptômes, apparaissant quel[...] heures après l'ingestion du poison, succèdent promptement du délire agi[...] paisible, des hallucinations, du coma, des paralysies générales ou partie[...] l'altération de la face, la dilatation des pupilles, l'embarras de la respiration; [...] une mort rapide survient dans les convulsions ou le coma. Cependant la guér[...] n'est pas impossible.

Les maladies spontanées qui rappellent le plus les symptômes de l'empoi[...]nement par les stupéfiants sont la *méningite*, l'*apoplexie*, les *paralysies* [...]les, l'*hystérie* convulsive et cataleptique. Le diagnostic reste quelquefois ob[...] parce que les accidents en eux-mêmes ne sont pas toujours assez bien cara[...]risés. Je reviendrai plus loin sur ce diagnostic différentiel à propos de la q[...]tion du diagnostic de l'agent toxique.

4° *Effets de l'empoisonnement par les narcotiques.* — Pour reconn[...] qu'il s'agit d'un empoisonnement de ce genre, il ne faut pas oublier que l'a[...] des narcotiques s'exerce directement et tout spécialement sur le système [...]veux, en produisant le *narcotisme*. Des pesanteurs de tête, des vertiges, l'e[...]tation des sens; l'augmentation de la chaleur générale et de la force du pou[...] sécheresse de la gorge et de la peau; les nausées, les vomissements; la su[...]sion de toutes les sécrétions; un prurit très-vif, souvent accompagné d'érup[...] papuleuses (prurigo, urticaire) ou vésiculeuses (eczéma) un assoupisse[...]

ent profond dès le début, la résolution des membres, l'injection de la face, ité du regard, avec resserrement de la pupille signalé par Orfila, et considéré me constant avec la somnolence par Trousseau et Pidoux; parfois le gonfle-et la teinte violacée des paupières; enfin, dans certains cas, la respiration reuse s'embarrassant de plus en plus jusqu'à la terminaison par la mort, lieu en général de sept à douze heures après l'ingestion du poison : tels es phénomènes de cet empoisonnement. La mort est souvent hâtée par la cture des muscles thoraciques et du diaphragme, ou par des convulsions ieu, *loc. cit.*, p. 851).

effets toxiques des narcotiques peuvent facilement être confondus avec orrhagie ou la *congestion cérébrale*, avec l'*apoplexie pulmonaire* ou yxie par la vapeur du charbon. En l'absence de renseignements sur la il n'y aura de distinction possible, pendant la vie, qu'avec l'hémorrhagie ile qui s'accompagne d'une hémiplégie ou de contracture d'un seul côté ps, ce qui n'a pas lieu dans le narcotisme.

Effets de l'empoisonnement par les poisons névrosthéniques. — Ici, eil symptomatique qui peut faire soupçonner l'empoisonnement est celui roses convulsives. La mort peut être presque instantanée, tant l'action poisons est rapide; mais lorsque les effets sont moins immédiatement s, on observe les signes d'une vive stimulation cérébrale : éblouisse-vertiges, tintements d'oreilles, agitation, délire; puis frémissements reux dans les membres; accélération des mouvements respiratoires, rai-les mâchoires, contractions spasmodiques, dysurie, orgasme vénérien, convulsions générales interrompues par des rémissions de plus en plus s, suffocation imminente, abolition du sentiment et du mouvement, coma, ion d'écume dans les bronches, mort. Si la guérison a lieu, elle est lente, ut persister des vertiges, une anxiété précordiale très-pénible, et surtout ralysies des muscles ou des sens.

effets toxiques ont quelque analogie avec les symptômes de l'*éclampsie*, *ilepsie*, de l'*hystérie*, dont il est cependant facile de les distinguer, si égard à l'évolution des attaques. L'*angine de poitrine* et le *spasme de tte* ne sauraient être confondus avec l'empoisonnement dont il est question ns les cas où la mort est presque subite, ce qui n'a d'intérêt que pour le in légiste.

aperçu général des effets des empoisonnements de chaque groupe ne peut ire qu'à soupçonner l'empoisonnement et à en déterminer le genre; mais gnostic ne peut se compléter que par la recherche et la connaissance de la nce toxique. Sans aborder les questions de toxicologie, si intéressantes urs, mais qui seraient ici un hors-d'œuvre, il me reste donc à exposer les s qui peuvent mettre le praticien sur la voie pour la détermination de la

Lorsqu'il y a empoisonnement, qu'elle en est la cause ? — ne pour le diagnostic de l'empoisonnement considéré en général, il est pensable de distinguer ici les uns des autres les cinq groupes que j'ai rap-s précédemment, et dont j'ai exposé les caractères particuliers, sans spécifier qui sont propres à faire distinguer les agents toxiques les uns des autres chaque groupe, ce que je vais faire succinctement.

Poisons irritants ou corrosifs. — Il ne faut pas oublier que, dans cette e de poisons, on peut avoir affaire : aux *acides concentrés*, *sulfurique*, ique ou *azotique*, *chlorhydrique*, *oxalique;* à des sels acides, comme l'*a-le nitrate acide de mercure;* à des alcalis, tels que la *potasse* et la *soude*

caustiques, l'*eau de Javelle;* enfin à des principes végétaux irritants, not ment les *purgatifs drastiques* (les euphorbiacés, le croton tiglium, la bryt la rue, la coloquinte, la gomme-gutte sont les plus usités). La coralline doit rapprochée des drastiques pour ses effets toxiques.

On reconnaît qu'un empoisonnement par un poison irritant est dû à un a *concentré*, selon Orfila, lorsque l'on constate les signes suivants : la m du liquide est franchement acide; il produit en même temps une chaleur dans la gorge. Il bouillonne sur le carreau, et rougit fortement la teinture tournesol. S'il y a en même temps des taches à l'intérieur des lèvres e la bouche, on doit admettre qu'il s'agit de l'acide *sulfurique* (taches noi de l'acide *nitrique* ou azotique (taches jaunes), ou de l'acide *chlo drique* (taches rouges). — On a affaire à un empoisonnement par un a (sous-carbonate de potasse, soude, eau de Javelle, ammoniaque) si la m des vomissements ne bouillonne pas sur le carreau, si elle est comme s neuse et grasse au toucher, si elle ramène au bleu la teinture de tour rougie par un acide, si elle rougit le papier de curcuma et verdit le sir violettes. Cet examen chimique est d'autant plus essentiel que la bouche orge ne peuvent présenter que des signes d'inflammation avec ou sans éros et que les autres signes ne diffèrent pas de ceux de l'empoisonnement p acide concentré, si ce n'est pourtant par la *saveur* âcre, caustique, uri que détermine l'alcali dans la bouche, et, chez certains sujets, la *périt* qui peut résulter de la perforation de l'estomac par les alcalis causti Quant à l'empoisonnement par les *drastiques*, leur ingestion sera le plus vent facile à constater, soit qu'ils aient été prescrits par le médecin lui-m et que la dose ait été trop élevée, soit que la substance ait été prise par mé ce qui peut arriver pour des plantes de jardin, telles que la *bryone*, d racine est quelquefois confondue avec le navet. C'est par exclusion des aci des alcalis caustiques qu'on arrivera à déterminer l'une de ces dernières c (drastiques), s'il y a eu intérêt à les cacher dans un but criminel.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, Tardieu a proché de l'action de l'huile de croton tiglium celle de la *coralline* ou *péo* substance tinctoriale qui dérive de l'acide rosolique, lequel lui-même dérivé de l'acide phénique. Il signale son action locale sous forme d'une tion vésiculeuse très-aiguë, et des effets généraux tels que l'inflamm violente du tube digestif. Jusqu'ici on n'a observé que des effets locaux, pr par des chaussettes ou des bas teints en rouge par la coralline (Tardieu, de Rouen). Mais l'expérimentation a démontré que cette substance, in sous la peau des animaux, avait des effets toxiques rapidement mortels (*Bu de l'Acad. de méd.*, février 1869, et *Annales d'hygiène publique*, avril 1 C'est donc un poison irritant des plus dangereux et dont l'emploi ind mérite la plus sérieuse attention.

2° *Poisons hyposthénisants.* — On a ici à rechercher si l'on a affaire : *préparations arsénicales;* au *phosphore;* au *sublimé corrosif* et aux sels de mercure; aux *sels de cuivre*, à l'*émétique*, au *nitre*, au *sel d'o* (bioxalate de potasse), à la *digitale* et à son principe extractif, la *digitali*

a. — Quoique les *préparations arsénicales* soient moins employées a trefois dans un but criminel, le diagnostic des accidents qu'elles occasi est devenu très-important, par suite de l'emploi fréquent de l'arsenic en peutique, et de l'utilisation, depuis plusieurs années, des verts arsénicaux teinture des papiers, des étoffes et des fleurs. Il en est résulté des empoi ments professionnels et accidentels trop nombreux pour ne pas être p

ignalés. L'empoisonnement par l'arsenic, difficile d'ailleurs à bien ecte quatre formes (Tardieu). A la forme *suraiguë* se rapportent ue j'ai attribués à cette classe, dont l'arsenic est le type; à la forme bsence des vomissements, d'évacuations et de réaction fébrile, et e avec syncopes et sommolence ultime; à la forme *subaiguë*, d'une eux à six ou dix jours, un ensemble de phénomènes généraux et ves, et quelquefois des éruptions cutanées pétéchiales, papuleuses, ou même pustuleuses; enfin à la forme *lente*, résultant de doses successives, se rapportent, outre les accidents digestifs qui présen- ternatives multipliées de convalescence apparente et de rechutes des douleurs et des lassitudes dans les membres, des vertiges, té de se tenir debout, des hémorrhagies variées, parfois des syncopes ulsions, et enfin la paraplégie.

phosphore, par suite de la fabrication et de l'usage des allumettes , produit depuis quinze ans des empoisonnements qui se sont ans une proportion effrayante. D'un autre côté, la marche des acci- uvent insidieuse, ce qui oblige à une étude clinique attentive pour gnostiquer. Tardieu rejette les divisions de Palk (de Marbourg), qui phosphorisme intestinal aigu, un phosphorisme cérébro-spinal et risme pneumo-gastrique. Il admet que l'empoisonnement par le à marche rapide ou lente (mais jamais foudroyante), présente s symptomatiques distinctes : une forme *commune*, une forme t une forme *hémorrhagique*, pouvant être isolées ou constituer les successives. Leur importance diagnostique oblige à les bien — Dans la forme commune, dont l'invasion n'est pas très-rapide s les autres formes), à la douleur de gorge, avec gonflement de la leur à l'épigastre, ictère, malaise, agitation, succèdent des vomisse- ndant quelquefois des *lueurs dans l'obscurité ;* puis ces vomisse- ètent dans les vingt-quatre heures ou après trente-six heures, et il ne sédation avec douleurs erratiques pendant deux, trois ou quatre urs, et la mort survient subitement quand la guérison paraît Dans la forme nerveuse, il y a prédominance d'engourdissements mbres, de fourmillements, de crampes douloureuses, de troubles sensibilité, de syncopes répétées; la prostration est extrême, la voix peau sèche, ictérique, avec plaques érythémateuses; puis éclate it du délire avec resserrement convulsif des mâchoires, soubresauts s, enfin coma et mort du septième au douzième jour. — Dans la forme que qui est assez lente, les signes de l'altération du sang prédomi- ssements souvent formés de sang pur, des selles de même nature avec nflement douloureux du foie, faiblesse des battements du cœur, fai- érale et signes nerveux de l'anémie. Dans l'intervalle d'améliorations se montrent des hémorrhagies par toutes les voies. Ici l'ictère est eil, dont la conjonctive est ecchymosée, prend un aspect singulier. La la cachexie vont croissant, et la mort survient fatalement, quelque- lusieurs mois.

é de ces phénomènes rend le diagnostic de l'empoisonnement par le souvent difficile. C'est surtout avec l'ICTÈRE GRAVE non vénéneux ile de le confondre. L'appareil symptomatique est moins grave dans nement; l'ictère est tardif, mais ce n'est guère que par les phénomènes ue l'on peut être mis sur la voie du diagnostic lorsque ces phénomènes e veux parler de la sensation de chaleur à la gorge, des éructations

et des vomissements lumineux, et du goût de soufre et de phosphore i bouche. Il faut tenir compte également ici de l'absence de la fièvre, fiè est constante dans l'ictère grave. Un fait important qui permet de se compte de beaucoup de particularités diagnostiques de l'empoisonnemen phosphore, c'est la stéatose rapide du foie et des autres organes. La dé cence graisseuse est survenue en quelques jours chez des animaux emp par le phosphore, ainsi que Fritz, Ranvier et Verliac l'ont montré, et T vu cette dégénérescence s'emparer du cœur, du foie, des reims, des gl l'estomac et des muscles des membres chez des individus empoisonné quarante-huit heures seulement (*loc. cit.*, p. 445).

J'aurai à revenir sur les accidents produits par le phosphore à pr INTOXICATIONS.

c. — Les *sels de cuivre* (provenant surtout de casseroles mal étam duisent des accidents caractérisés principalement par des symptômes e sions à la fois inflammatoires et hémorrhagiques. La saveur particulière du cuivre, l'apparition rapide et l'extrême abondance des vomissemen déjections alvines, et, dans la forme lente, la couleur rouge purpurine ration des gencives peuvent contribuer à faire distinguer cette sorte sonnement, mais c'est surtout l'analyse chimique qui peut lever tous le ou bien le dépôt rapide de cuivre métallique sur un objet de fer ou d' capé et plongé dans la matière des vomissements (Orfila).

d. — Les *sels mercuriels*, le sublimé corrosif principalement, p des accidents qui peuvent être subits et intenses (comme les poisons ir corrosifs), une sensation de brûlure dans l'intérieur de la bouche qui se salivation très-abondante, et quelquefois ébranlement des dents. C sont caractéristiques. Ils le sont davantage dans la forme moins aig laquelle on peut observer tous les signes d'une intoxication aiguë (*Voy* CATIONS), et surtout dans la forme lente, qui ressemble à l'intoxication ment dite.

e. — L'empoisonnement par l'*émétique* se caractérise principale des vomissements abondants et répétés suivis de selles diarrhéiques et nomènes graves d'hyposthénie : défaillances, syncopes, agitation, vertig sorte d'ivresse, hoquet persistant, refroidissement, prostration, pouls l délire, convulsions, et mort en quelques heures ou quelques jours; voir survenir, dans diverses parties du corps, vers le quatrième jour, u tion vésiculo-pustuleuse semblable à celle que produit la pommade sti a une forme lente et par cela même très-insidieuse qui est souvent reconnaître.

f. — Ce sont encore les phénomènes de prostration profonde ou d'hy qui dominent dans l'empoisonnement par le *sel de nitre* (nitrate de ou par le *sel d'oseille* (bioxalate de potasse). Je me contente de le rap

g. — L'empoisonnement par la *digitale* ou par la *digitaline* se re peu près aux mêmes phénomènes. — La digitale à dose toxique pro accidents plus ou moins lents à se manifester. Outre les phénomènes g et les vomissements fréquemment répétés d'abord, il y a un affaissem fond; la face est pâle, il y a une chaleur vive à la tête, des verti éblouissements et un trouble considérable de la vue, des bourdon d'oreille, un pouls d'abord précipité et fort inégal, intermittent, puis à cinquante et quarante pulsations par minute. Les pupilles sont dilatées biles, et *les yeux semblent sortir de la tête*. Enfin on a signalé cette larité que la couleur du feu paraît *bleue* au patient. Le pouls devient in

ttitent; enfin le hoquet, des évacuations involontaires et quelques mouve-
s convulsifs précèdent la mort. Cependant cette terminaison n'est pas cons-
puisque Tardieu, sur vingt-huit cas, a pu compter dix-neuf guérisons.
digitaline, employée à dose toxique comme médicament (par méprise),
e un moyen de suicide, ou dans une intention criminelle, produit des
nènes analogues à ceux qui sont dus à la digitale, mais ils sont habituel-
plus rapides et plus accentués. De part et d'autre, l'exophthalmie avec
on des pupilles donne à la physionomie un aspect caractéristique dans
litions où elle se développe.
oisons stupéfiants. — Il faut ranger ici les *préparations de plomb*
n breuvage, comme dans le cidre, le vin, le vinaigre, ou ingérées acci-
ment; les *solanées vireuses*, la belladone, la jusquiame, le datura, la
, etc.; le *tabac* et la *nicotine;* la *ciguë* et la *conicine;* l'*aconit* et l'*aco-*
les *champignons*, le *curare*, le *chloroforme*, l'*alcool*.
réparations de plomb prises à doses toxiques agissent rapidement et
nt comme accidents spéciaux : la saveur douceâtre sucrée persistante
leur ingestion, et parfois un liseré bleuâtre sur le bord des gencives,
noircies, ainsi que les dents, en même temps que l'haleine est fétide.
gnes se joignent les accidents gastriques et nerveux qui caractérisent
onnement par les stupéfiants, et que j'ai rappelés plus haut. — Quant
s des solanées vireuses, la belladone en tête, ils constituent dans leur
e le type de cet empoisonnement par les stupéfiants. — On peut en
nt du tabac, qui a produit des empoisonnements par l'abus excessif
née, par son ingestion sous forme de macération dans du vin, ou de
n dans l'eau, et parfois même en simple lavement. Enfin l'application
eau, même non dénudée, de feuilles qui y étaient appliquées dans un
ontrebande, a eu des effets toxiques, ainsi que Hildenbrand, Namias,
Polk et Gallavardin (*Gaz. des hôp.*, 1864) en ont cité de remarquables
s. Quant à la *nicotine* pure, c'est un poison foudroyant dont quelques
une seule goutte peut-être, instillées dans la bouche, donnent instan-
it la mort; son étude n'est donc que du ressort de la médecine légale. —
ë doit être signalée comme donnant lieu à des empoisonnements par
ise que l'on fait de la petite ciguë avec le persil. — La racine d'*aconit*
fondue aussi quelquefois avec celle du raifort; confusion importante à
e comme celle des autres solanées avec d'autres plantes comestibles,
e mis sur la voie du diagnostic de l'espèce de poison stupéfiant à recher-
'*aconitine*, alcaloïde de l'aconit, constitue un poison plus formidable que
ne, puisque un dixième de grain suffit pour faire périr un adulte (Tardieu).
champignons vénéneux produisent des phénomènes toxiques qui se bor-
elquefois à des manifestations sur le système nerveux. Mais il ne faut pas
la, comme Taylor, n'y voir qu'un simple narcotisme. — Le *curare*, dont
n'est pas encore bien connue, et qui a été étudié expérimentalement par
oisin et Liouville, produit une sorte de sidération incomplète sur le
e nerveux (*Gazette hebdomad. de méd. et de chirurgie* et *Nouv.*
in. de méd. et de chirurg.). — Le *chloroforme*, ingéré dans l'estomac à
xique, produit des étourdissements, de l'incohérence dans les idées, une
ivresse bruyante que précèdent le coma et une complète insensibilité.
piration est stertoreuse, la pupille dilatée; les dents grincent, l'haleine
l'odeur du chloroforme, le pouls est lent et faible, la peau froide, et il
t des convulsions épileptiformes, puis la mort (en quelques heures).
rdinairement, le réveil s'opère lentement, et d'abord les vomissements

surviennent (Tardieu, *loc. cit.*, p. 836). A. Taylor, Aran, Smith, H
ont rapporté des faits de mort par cet empoisonnement, dont les effets
de ceux de l'inhalation du chloroforme. Ils sont importants à connaîtr
sage fréquent de cette substance en médecine, et les méprises qui p
résulter. — Enfin, comme effet toxique de l'alcool, en dehors de l'AL
je me contente de rappeler les morts subites que produit l'ingest
grande quantité de liqueur alcoolique dans un court espace de temps

4° *Poisons narcotiques.* — Une seule substance, l'*opium*, ses
ments et ses préparations variées, constitue la classe des narcotiques
peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit précédemment de l'empoison
ce genre (p. 336). On a noté depuis longtemps, comme signe particul
gestion du laudanum, des *taches jaunes ou brunes* aux mains et
coloration qui peut se retrouver dans les matières des vomisseme
déjections. On doit ajouter qu'il peut y avoir des *hallucinations*
suspension de la sécrétion urinaire que l'on constate assez fréquemm
pratique avec des doses non toxiques d'opium.

5° *Poisons névrosthéniques.* — Tardieu range ici comme pro
phénomènes que j'ai rappelés page 337, la *noix vomique* et la *stryc
cide prussique* ou *cyanhydrique* et les *cantharides*.

Les accidents tétaniques que produisent la *noix vomique* et
nine sont trop bien connus pour que j'y insiste. — L'empoison
l'*acide prussique* est resté le type de l'empoisonnement foudroy
existe un grand nombre d'exemples où la mort est moins rapide ou
heureusement pas. Alors le début des accidents est subit : l'individ
tout à coup, privé de sentiment et de mouvement; le corps se rai
vulsion tétanique; la respiration s'arrête et reste suspendue apr
rares et profondes inspirations; la face est tuméfiée et violacée, le
saillants, ou bien le visage est pâle, la pupille dilatée, le pouls dev
sible, et la mort termine la scène en quelques minutes, quinze au
accidents durent quelques heures, les convulsions se renouvellen
effrayants. L'huile d'amandes amères, l'eau de laurier cerise, pure o
à l'alcool (kirsch falsifié), certaines conserves de confiserie où
périspermes des fruits à noyaux, et les cyanures (celui de potassium)
les arts (surtout dans la photographie) sont, avec l'acide prussique
les substances qui donnent lieu à ces terribles accidents. — C'est
dans un certain nombre de faits que les cantharides produisent de
tétaniques qui justifient le classement des *cantharides* dans ce
poisons névrosthéniques. Il y a dans tous les cas une action irritant
sur les organes digestifs, des déjections sanguinolentes dans lesquel
en les examinant de près, des petites paillettes mordorées et brillan
des urines sanguinolentes avec strangurie, ardeur de la vessie et du
rètre, avec ténesme vésical et rectal. Les hommes peuvent, en outre,
à un priapisme incessant, à une fureur érotique effrayante. Lorsque c
s'apaisent graduellement, il peut persister longtemps une gastralg
et quelquefois aussi une albuminurie comme symptôme de néphrite

Dans cet article sur les empoisonnements, il n'a pas été question
tion lente et graduelle des poisons qui donne lieu à des intoxic
diverses suivant leurs causes, et dont les caractères symptomatiques
l'évolution, diffèrent en général de ceux de l'empoisonnement par
agents toxiques. J'en ai traité au mot INTOXICATIONS et dans d'aut
auxquels ce dernier renvoie.

ME. — *Voy.* PLEURÉSIE.

HALE. — Les centres nerveux contenus dans le crâne, et que l'on a
s la dénomination commune d'encéphale, présentent d'abord ceci de
u'ils sont renfermés dans une cavité close et à parois plus ou moins
iivant l'âge, d'où résulte l'impossibilité d'expansion de ces organes.
ıladies communes au cerveau, au cervelet et à la protubérance,
gestion, les *hémorrhagies*, l'*inflammation* aiguë ou chronique
, les ABCÈS, le *ramollissement*, considéré dans certains cas comme
(Abercrombie), l'HYPERTROPHIE, les TUMEURS diverses et les
ectant plus particulièrement ces centres nerveux. Les études mi-
s ont modifié profondément les idées reçues relativement à la
:oncevoir cet ensemble de maladies. La part de l'inflammation a
inte depuis qu'il a été démontré que la plupart des ramollissements
endants (*Voy.* ENCÉPHALITE et RAMOLLISSEMENT cérébral).
ιes qui dénotent l'existence de ces différentes affections sont pour
ıctionnels. La *céphalalgie*, le *délire*, la *perte de connaissance*
ı complète, la *somnolence*, le *coma*, les autres *troubles intellec-*
vulsions, les *contractures*, les *paralysies* du mouvement et de
constituent, en effet, l'ensemble presque complet de la séméio-
tions encéphaliques; mais, malheureusement pour le diagnostic,
symptômes pris isolément n'a une valeur absolue, car tous, sans
:uvent se rencontrer dans des circonstances où aucune lésion
'existe dans les centres nerveux intra-crâniens. La valeur isolée
, dans les affections variées où on les rencontre, a été discutée
:et ouvrage; je n'ai donc pas à m'en occuper dans le présent article,
ter la question d'une manière plus générale.
stinguer deux ordres de faits parmi ceux qui se présentent dans la
s les uns, les phénomènes cérébraux constituent seuls en apparence
. part; dans les autres, ils ne sont qu'un épiphénomène complexe
ans le cours d'une maladie préexistante.
accidents cérébraux paraissent être isolés, il faut songer, dans les
l'existence possible de certaines maladies latentes capables de les
ıme l'albuminurie, la glycosurie, les intoxications; on peut alors
.efois à découvrir que ces faits rentrent dans la seconde catégorie,
phalopathies symptomatiques. C'est donc par un interrogatoire et
›n attentifs du malade que l'on pourra seulement décider si les
braux sont réellement primitifs.
:ncéphalopathies secondaires se montrant manifestement dans le
naladie préexistante, il me faudrait rappeler un si grand nombre
ue cette énumération perdrait par cela même tout intérêt. Il est
remier but du praticien, en pareille circonstance, est de constater
incipale, dont les phénomènes encéphaliques n'existent qu'à titre
›ns. Or, ces complications sont signalées à propos de chacune des
en sont le point de départ.
ne autre question, tout aussi importante que la nature primitive ou
:s accidents encéphaliques, à élucider au lit des malades; c'est
:te-t-il ou non une lésion cérébrale?
ns groupes de symptômes qui, apparaissant dans des conditions
doivent faire soupçonner l'existence d'une lésion matérielle
:. Ce sont : une perte subite de connaissance immédiatement
plégie persistante plus ou moins complète chez l'homme, ou

une céphalalgie opiniâtre avec paralysies partielles et contractures à prog
lents, mais croissants. Il en est de même d'accès épileptiformes de plus
plus fréquents avec altération croissante de l'intelligence et des sens. Cepend
ces règles générales n'ont rien d'absolu, et si un grand nombre d'observat
autorisent ce diagnostic, il faut que l'on sache qu'il y a des faits exception
dans lesquels l'absence de toute lésion à l'autopsie vient de temps à t
dérouter le praticien.

D'un autre côté, il y a un certain nombre de conditions pathologiques
doivent faire rejeter la probabilité d'une lésion encéphalique. Telles son
hémiplégies qui surviennent après une perte de connaissance *chez les je
femmes*, et qui sont presque toujours de nature *hystérique*. J'ai observé u
qui démontre ici encore combien est épineuse à résoudre la question des lé
cérébrales pendant la vie. Il s'agissait d'une jeune fille hystérique, atteinte d
plusieurs mois d'une hémiplégie droite incomplète, rattachée d'abord
névrose, et qui, ayant succombé rapidement dans une attaque épileptif
présenta un kyste volumineux qui comprimait le lobe moyen gauche du cer
Une seule circonstance m'avait fait soupçonner une lésion des centres ner
c'est une chorée partielle (des muscles du haut de la face). La chorée lim
été, en effet, indiquée comme un signe distinctif des convulsions choréiques
lésion (*Voy.* CHORÉE). Les encéphalopathies par intoxications doivent e
être considérées comme indépendantes de toute altération saisissable des
tres nerveux, qui subissent pourtant l'influence de la substance intoxic
mais ici encore, rien d'absolu ne saurait être exprimé. Toutefois, s
Duchenne (de Boulogne), on aurait, dans la faradisation localisée, une sor
pierre de touche qui, dans certains cas embarrassants, trancherait la ques
mais l'électrisation est surtout utile pour la distinction des diverses espèc
paralysies partielles. Pour la solution du problème pratique qui m'occu
distinction des phénomènes cérébraux avec ou sans lésion encéphalique), l'
trisation n'est pas une source de données distinctives suffisantes, puisq
même résultat, c'est-à-dire la conservation de la contractilité électro-musc
des parties paralysées, se rencontre à la fois dans les paralysies avec l
cérébrale et dans les paralysies hystériques ou rhumatismales, dans lesq
ces lésions manquent (*Voy.* PARALYSIES). En définitive, il n'existe aucun s
précis particulier qui permette de distinguer si, dans les maladies encé
liques (dont je retranche les affections des méninges), il y a ou non l
matérielle. Cela est d'autant plus regrettable que la gravité de la maladi
toute différente dans les deux cas. On n'a donc de ressources diagnostiques
dans l'ensemble des symptômes observés, et dans leur évolution.

3° Quant au diagnostic de la *localisation anatomique* de la lésion encé
lique, lorsqu'il en existe, on a plusieurs fois tenté, d'après des faits d'ail
trop peu nombreux, d'établir la correspondance du siége de certains signes
tel ou tel organe, avec l'altération de parties déterminées de l'encéphale.
les conclusions ainsi formulées ont été prématurées, et, pour la plupart, dé
ties par des faits ultérieurs contraires. Dans beaucoup d'affections céréb
suivant Schiff, le siége des altérations anatomiques n'est nullement le siég
troubles fonctionnels. Le diagnostic anatomique d'une maladie de l'encéph
peut donc être exact. C'est aussi l'opinion de Griesinger (*Arch. für H
kunda*, 1860). Les seules lois générales qui paraissent acquises sur ce p
sont bien peu nombreuses. L'hémiplégie annonce d'une manière à peu
constante que la lésion siége dans le côté opposé de l'encéphale. Le fait, p
que absolu pour les hémisphères cérébraux, est moins constant pour le cerv

mment distinguer, par les symptômes, les lésions du *cervelet* de celles du au? On doit avouer que, dans beaucoup de cas, la chose est impossible, ıe l'ont prouvé les recherches d'Andral. Cependant on a voulu rattacher ısions cérébelleuses les *troubles plus profonds de la respiration et de* *culation* (Morgagni), l'*érection du pénis* (Serres), la *paralysie isolée* *ntiment* avec *impulsion irrésistible* de la marche en avant, le *coma*, *urose;* mais ces signes ne se rattachent qu'à des faits peu nombreux ou uniques. Dans d'autres faits, le *défaut de coordination des mouve-* ;, les troubles fonctionnels du côté du *pharynx*, comme j'en ai observé ımple (*Soc. des hôp.* et *Union méd.*, 1855), le *retour rapide de la* *issance* d'abord perdue, les *vomissements* plus ou moins répétés, la *réso-* *des membres sans paralysie* et l'intégrité de la *sensibilité*, constatés es vieillards par Hillairet (*Soc. des hôp.* et *Arch. de méd.*, 1858, t. XI), ient plutôt faire soupçonner le siége de la lésion dans le cervelet.

ı récemment, Leven et Aug. Ollivier ont cherché à élucider la question des ıns cérébelleuses (*Physiol. et Pathol. du cervelet; Arch. de méd.*, ıt 1863). Suivant eux, il faut faire deux groupes des maladies du cerve- un, qui comprend toutes celles qui n'affectent que le cervelet; l'autre, les ıns qui, en affectant le cervelet, sont compliquées de compression de la ı allongée. — 1° Quand cette compression n'existe pas, il n'y a aucune ion de l'intelligence ni de la sensibité, sauf une céphalalgie occipitale. Il s *mouvements convulsifs* des membres, avec *affaiblissement muscu-* mouvements de *rotation*, de *manége*, *hémiplégie*, etc.; du côté des es de la langue, la *difficulté* ou l'*impossibilité d'articuler;* du côté des es de l'œil, du *strabisme*, la *dilatation* ou la *contraction pupillaire*, et *lyopie*, ou même la *cécité*, phénomène fréquent et inexpliqué. Enfin on ijouter les *convulsions pharyngiennes* au moment de la déglutition, que ıservées chez mon malade. — 2° Quand la compression de la moelle allon- lieu par suite de la lésion cérébelleuse, aux symptômes précédents se aient des *vomissements*, la *respiration stertoreuse*, un *pouls irrégu-* ou bien une *mort subite* ou précédée de *coma*.

ant à la *protubérance annulaire* ou *mésocéphale*, Serres avait indiqué ıe séméiologie de ses lésions la *paralysie générale;* Ollivier (d'Angers), *émiplégie* plus complète du mouvement que de la sensibilité, ou des *con-* *ons violentes;* Godelier, l'hémiplégie avec *strabisme*, une gêne progres- le la *mastication*, de l'*articulation des sons* et de la *déglutition*, *sans* *n de la sensibilité*. Enfin Millard et Gubler ont signalé ce fait très-impor- que l'hémiplégie produite par les lésions de cette partie de l'encéphale était ıs souvent *alterne*, c'est-à-dire occupait directement la face du côté de la n, et les membres de l'autre côté du corps. Gubler a fait à ce sujet de nom- ses recherches et groupé un grand nombre d'observations très-concluantes :. *hebdom. de médec. et de chirurgie*, 1856, 1858 et 1859). Cependant ı faut pas oublier que des faits contradictoires d'hémiplégie non croisée ont observés, ce qui démontre une fois de plus la difficulté de préciser la locali- ın des lésions encéphaliques pendant la vie.

e travail le plus étendu et le plus consciencieux qui ait été publié sur la tubérance est dû à O. Larcher, qui est arrivé à établir d'abord la similitude lésions de la protubérance annulaire avec celles des autres parties de l'en- hale (*Pathologie de la protubérance annulaire*, 1868, *Thèse* de doctorat). re l'*hypérémie*, qui n'est qu'une lésion sans symptômes connus, il y a d'a- rd l'*hémorrhagie*, qui peut frapper des sujets encore jeunes (vingt-quatre

une céphalalgie opiniâtre avec paralysies partielles et contractures à
lents, mais croissants. Il en est de même d'accès épileptiformes de
plus fréquents avec altération croissante de l'intelligence et des sens. Ce
ces règles générales n'ont rien d'absolu, et si un grand nombre d'obse
autorisent ce diagnostic, il faut que l'on sache qu'il y a des faits excep
dans lesquels l'absence de toute lésion à l'autopsie vient de temps
dérouter le praticien.

D'un autre côté, il y a un certain nombre de conditions pathologiq
doivent faire rejeter la probabilité d'une lésion encéphalique. Telles
hémiplégies qui surviennent après une perte de connaissance *chez les femmes*, et qui sont presque toujours de nature *hystérique*. J'ai observ
qui démontre ici encore combien est épineuse à résoudre la question de
cérébrales pendant la vie. Il s'agissait d'une jeune fille hystérique, atteint
plusieurs mois d'une hémiplégie droite incomplète, rattachée d'abo
névrose, et qui, ayant succombé rapidement dans une attaque épilep
présenta un kyste volumineux qui comprimait le lobe moyen gauche du
Une seule circonstance m'avait fait soupçonner une lésion des centres
c'est une chorée partielle (des muscles du haut de la face). La chorée
été, en effet, indiquée comme un signe distinctif des convulsions choréiq
lésion (*Voy.* CHORÉE). Les encéphalopathies par intoxications doivent
être considérées comme indépendantes de toute altération saisissable
tres nerveux, qui subissent pourtant l'influence de la substance into
mais ici encore, rien d'absolu ne saurait être exprimé. Toutefois,
Duchenne (de Boulogne), on aurait, dans la faradisation localisée, une
pierre de touche qui, dans certains cas embarrassants, trancherait la q
mais l'électrisation est surtout utile pour la distinction des diverses es
paralysies partielles. Pour la solution du problème pratique qui m'oc
distinction des phénomènes cérébraux avec ou sans lésion encéphalique
trisation n'est pas une source de données distinctives suffisantes, pu
même résultat, c'est-à-dire la conservation de la contractilité électro-m
des parties paralysées, se rencontre à la fois dans les paralysies av
cérébrale et dans les paralysies hystériques ou rhumatismales, dans le
ces lésions manquent (*Voy.* PARALYSIES). En définitive, il n'existe aucu
précis particulier qui permette de distinguer si, dans les maladies e
liques (dont je retranche les affections des méninges), il y a ou no
matérielle. Cela est d'autant plus regrettable que la gravité de la mal
toute différente dans les deux cas. On n'a donc de ressources diagnostiq
dans l'ensemble des symptômes observés, et dans leur évolution.

3° Quant au diagnostic de la *localisation anatomique* de la lésion e
lique, lorsqu'il en existe, on a plusieurs fois tenté, d'après des faits d'
trop peu nombreux, d'établir la correspondance du siége de certains sign
tel ou tel organe, avec l'altération de parties déterminées de l'encéphal
les conclusions ainsi formulées ont été prématurées, et, pour la plupart,
ties par des faits ultérieurs contraires. Dans beaucoup d'affections cér
suivant Schiff, le siége des altérations anatomiques n'est nullement le si
troubles fonctionnels. Le diagnostic anatomique d'une maladie de l'encép
peut donc être exact. C'est aussi l'opinion de Griesinger (*Arch. für*
kunda, 1860). Les seules lois générales qui paraissent acquises sur c
sont bien peu nombreuses. L'hémiplégie annonce d'une manière à pe
constante que la lésion siége dans le côté opposé de l'encéphale. Le fait,
que absolu pour les hémisphères cérébraux, est moins constant pour le ce

ment distinguer, par les symptômes, les lésions du *cervelet* de celles du ? On doit avouer que, dans beaucoup de cas, la chose est impossible, l'ont prouvé les recherches d'Andral. Cependant on a voulu rattacher lésions cérébelleuses les *troubles plus profonds de la respiration et de circulation* (Morgagni), l'*érection du pénis* (Serres), la *paralysie isolée sentiment* avec *impulsion irrésistible* de la marche en avant, le *coma*, *amaurose;* mais ces signes ne se rattachent qu'à des faits peu nombreux ou uniques. Dans d'autres faits, le *défaut de coordination des mouvements*, les troubles fonctionnels du côté du *pharynx*, comme j'en ai observé exemple (*Soc. des hôp.* et *Union méd.*, 1855), le *retour rapide de la naissance* d'abord perdue, les *vomissements* plus ou moins répétés, la *réson des membres sans paralysie* et l'intégrité de la *sensibilité*, constatés des vieillards par Hillairet (*Soc. des hôp.* et *Arch. de méd.*, 1858, t. XI), raient plutôt faire soupçonner le siége de la lésion dans le cervelet.

s récemment, Leven et Aug. Ollivier ont cherché à élucider la question des tions cérébelleuses (*Physiol. et Pathol. du cervelet; Arch. de méd.*, et 1863). Suivant eux, il faut faire deux groupes des maladies du cerve-: l'un, qui comprend toutes celles qui n'affectent que le cervelet; l'autre, les tions qui, en affectant le cervelet, sont compliquées de compression de la lle allongée. — 1° Quand cette compression n'existe pas, il n'y a aucune ration de l'intelligence ni de la sensibité, sauf une céphalalgie occipitale. Il des *mouvements convulsifs* des membres, avec *affaiblissement muscu*-e, mouvements de *rotation*, de *manége*, *hémiplégie*, etc.; du côté des cles de la langue, la *difficulté* ou l'*impossibilité d'articuler;* du côté des cles de l'œil, du *strabisme*, la *dilatation* ou la *contraction pupillaire*, et *blyopie*, ou même la *cécité*, phénomène fréquent et inexpliqué. Enfin on ajouter les *convulsions pharyngiennes* au moment de la déglutition, que bservées chez mon malade. — 2° Quand la compression de la moelle allon- lieu par suite de la lésion cérébelleuse, aux symptômes précédents se traient des *vomissements*, la *respiration stertoreuse*, un *pouls irrégu*-, ou bien une *mort subite* ou précédée de *coma*.

ant à la *protubérance annulaire* ou *mésocéphale*, Serres avait indiqué séméiologie de ses lésions la *paralysie générale;* Ollivier (d'Angers), *hémiplégie* plus complète du mouvement que de la sensibilité, ou des *con*-*ons violentes;* Godelier, l'hémiplégie avec *strabisme*, une gêne progres- de la *mastication*, de l'*articulation des sons* et de la *déglutition*, *sans n de la sensibilité*. Enfin Millard et Gubler ont signalé ce fait très-impor-que l'hémiplégie produite par les lésions de cette partie de l'encéphale était s souvent *alterne*, c'est-à-dire occupait directement la face du côté de la , et les membres de l'autre côté du corps. Gubler a fait à ce sujet de nom-es recherches et groupé un grand nombre d'observations très-concluantes . *hebdom. de médec. et de chirurgie*, 1856, 1858 et 1859). Cependant faut pas oublier que des faits contradictoires d'hémiplégie non croisée ont bservés, ce qui démontre une fois de plus la difficulté de préciser la locali- des lésions encéphaliques pendant la vie.

e travail le plus étendu et le plus consciencieux qui ait été publié sur la ubérance est dû à O. Larcher, qui est arrivé à établir d'abord la similitude lésions de la protubérance annulaire avec celles des autres parties de l'en-tale (*Pathologie de la protubérance annulaire*, 1868, *Thèse* de doctorat). e l'*hyperémie*, qui n'est qu'une lésion sans symptômes connus, il y a d'a- l'*hémorrhagie*, qui peut frapper des sujets encore jeunes (vingt-quatre

ans), aussi fréquemment avant qu'après l'âge de cinquante ans, et l'homme que la femme; cette hémorrhagie est le plus souvent liée à des vasculaires de la protubérance, notamment aux petits anévrysmes décrits ment et ayant affecté une fois l'apparence cirsoïde. Il en est de même fois de la cause du *ramollissement*, dû le plus souvent à une oblitéra culaire. La *sclérose* et les *tumeurs* du mésencéphale (*Voy*. SCLÉROSE et TU complètent ses lésions. — La symptomatologie de ces altérations anat présente cette particularité que l'organe, renfermant un nombre consid d'éléments voués à des fonctions différentes, peut, lorsqu'il est lésé, dev point de départ des troubles les plus variés de la myotilité et de la sen des fonctions sensorielles et de la respiration. L'*apoplexie foudroyante* (rhagie, ramollissements du centre de la protubérance), et, lorsque les occupent moins d'espace ou se développent lentement, l'*hémiplégie* *alterne* et peut-être la *paralysie généralisée*, les troubles de la *déglu* et de la *respiration*, ceux de l'appareil de la *vision* (particulière strabisme convergent), surtout si plusieurs autres sens sont atteints en temps, et enfin la *céphalalgie occipitale* et la perte ou la gêne de la *sans désordre des fonctions intellectuelles* : tels sont, réunis, les des affections mésocéphaliques, qui n'existent d'ailleurs jamais au co On voit ce qu'ils offrent de ressemblance ou de différence avec les mènes séméiologiques des lésions cérébelleuses. — Le pronostic des tions du mésocéphale, à part certains foyers hémorrhagiques susceptib guérison, est d'une gravité absolue : la mort est la seule terminaison qui jusqu'ici constatée.

ENCÉPHALITE. — Les recherches modernes sur les lésions vasc intimes qui donnent lieu aux hémorrhagies et à certains ramollissements du cerveau, ont fait modifier les idées anciennes sur la nature inflammato ramollissement. Les embolies artérielles, qui produisent aussi cette de lésion, ont contribué de leur côté à démontrer l'erreur admise. Il en r qu'en dehors du ramollissement cérébral dû à ces causes habituelles, il est, le moment, impossible de décrire cliniquement une forme d'encéphalite que la périencéphalite diffuse qui s'observe chez les aliénés, et qui a été si décrite par Calmeil.

ENCÉPHALOIDE. — *Voy*. CANCER.

ENDOCARDE. — *Voy*. ENDOCARDITE et VALVULES du cœur.

ENDOCARDITE. — Pour traiter convenablement du diagnostic de docardite, il faut distinguer l'endocardite appelée *simple* de celle déno *ulcéreuse*, dont les travaux modernes ont démontré l'importance, et qui beaucoup par ses lésions et ses symptômes de l'endocardite simple. Je dois remarquer qu'on est loin d'être d'accord sur le rôle que joue l'inflam dans beaucoup de faits de l'une ou de l'autre de ces divisions.

I. **Endocardite aiguë** dite **simple.**

1° *Éléments du diagnostic.* — Lorsque, dans des conditions que j'indi plus loin, il se développe une endocardite, les signes locaux sont les selon Bouillaud, à qui l'on doit la première description de la maladie : ment *douleur* à la région précordiale; *ébranlement* visible de cette région, suite de la violence de véritables *palpitations aiguës*, qui se font sentir une grande étendue, parfois avec un *frémissement vibratoire* marqué; *mat* assez étendu à la percussion; à l'auscultation, *bruit de souffle* qui les deux bruits normaux du cœur ou l'un des deux seulement, et, quand

ents du cœur sont violents, *tintement métallique* isochrone au premier *battements* irréguliers, inégaux, intermittents.

ième temps *respiration* gênée, fréquente; oppression; fièvre ordinaire-olente, pouls plein vers le début; rarement des convulsions, de l'assou-ent, du délire, comme on en voit dans les affections fébriles de quelque é.

ductions diagnostiques. — Aucun de ces signes isolé n'est l'indice l'une endocardite. La violence des palpitations, la matité précordiale, que ud attribue à la turgescence du cœur par fluxion inflammatoire, les souf-cœur, les irrégularités et la fréquence de ses battements, ainsi que le nt métallique qui résulte de la violence de ces derniers, n'ont rien de en eux-mêmes, pas plus que les autres symptômes fonctionnels. C'est ort que le docteur Vernay, de Lyon, admet (1867) qu'il y a péricar-s le rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il existe un pouls à cent vingt quarante, et des battements cardiaques énergiques, même sans bruit le, sans que l'intensité du rhumatisme explique cette fréquence du pouls. ue l'on trouve réunis un assez grand nombre des signes indiqués tout à et que les symptômes locaux *apparaissent rapidement* avec la fièvre une recrudescence fébrile *dans le cours d'une maladie aiguë*, pour iit de grandes probabilités pour l'existence d'une endocardite aiguë.

rarement l'endocardite fébrile est primitive. C'est principalement dans du *rhumatisme articulaire aigu*, puis de la *pneumonie*, ou après des *ites* répétées à de cours intervalles, suivant Mignot, de Chantelle (*Gaz. e Lyon*, 1867), que l'on voit apparaître l'endocardite; plus rarement elle loppe dans les *fièvres éruptives*, dans l'*état puerpéral* (Lotz, *Bulletin ad. de méd.*, 1857), avec la *néphrite*, un *abcès de l'abdomen*, une *ie tuberculeuse*. Ces conditions de l'invasion, les premières principale-seront utiles au diagnostic; mais il faudra se garder d'attribuer à l'endo-le souffle anémique constaté souvent à la base du cœur des rhumatisants.

docardite pourrait être confondue avec la péricardite ou avec la forma-concrétions fibrineuses dans les cavités cardiaques, concrétions qui se ent dans les mêmes conditions que l'inflammation de l'endocarde ou même lle. — Ce n'est pas lorsque la *péricardite* est accompagnée d'un épanche-considérable, comme l'a fait remarquer Bouillaud, que l'on peut la con-avec l'endocardite pure et simple, attendu que, dans la péricardite, les uents du cœur sont obscurs, éloignés, difficiles ou impossibles à sentir à la tion, ce qui est l'opposé de ce qu'on observe dans l'endocardite. Mais lors-a péricardite ne détermine qu'une simple exsudation pseudo-membraneuse, t réellement assez difficile de la distinguer de l'endocardite, d'autant plus lle s'accompagne alors d'un bruit de frottement péricardien qui ressemble quefois beaucoup au bruit de frottement qui s'observe dans l'endocardite ulaire (Bouillaud). J'ai personnellement vérifié la distinction que Bouillaud ablie entre ces deux derniers signes, dont l'un, le bruit de frottement endo-lien, ne cesserait pas d'être perçu dans les positions diverses du malade, et t l'autre, le frottement du péricarde, constaté dans le décubitus, serait nul le lade assis, sans doute par suite de l'écartement des feuillets de la séreuse du liquide déplacé. Cette distinction est utile. Malheureusement elle n'est constante et ne peut se rencontrer que lorsqu'il existe une médiocre quan-de liquide épanché. J'ajouterai que, dans la péricardite, la douleur locale, s'il y a épanchement, la *matité pyriforme* étendue, à base inférieure, et *ussure précordiale croissant ou diminuant avec l'épanchement*, ne per-

mettront pas de méconnaître la péricardite; mais s'il y a coïncidence des maladies, ce qui arrive fréquemment, l'existence de l'endocardite ne pourr précisée. — Les *concrétions fibrineuses* volumineuses qui se forment fré ment dans le cœur avec l'endocarde enflammé, sans être constantes, imp à l'endocardite une physionomie particulière, en faisant apparaître des tômes que les différents auteurs, Hope excepté, ont eu le tort de ne pas de ceux de l'endocardite aiguë simple. Le pouls est alors petit, misérable gulier et intermittent, en disproportion surtout avec la violence et le tumu battements du cœur; en même temps on voit survenir la pâleur du visag fois, au contraire, la face est cyanosée, bouffie, il y a de l'œdème aux e tés, et en même temps il peut survenir une déchirante oppression, une in complète, une anxiété, une jactitation perpétuelles, une sueur froide : mot tous les signes d'une gêne considérable du sang aux orifices du cœu qui dépend plutôt de la coagulation du sang que de l'endocardite elle-m

Les *palpitations nerveuses*, survenant chez un sujet atteint d'une fébrile, peuvent, suivant Valleix, en imposer pour une endocardite, et l nostic peut présenter de grandes difficultés, quoique l'existence antéri palpitations résultant d'une anémie, d'une chlorose, etc., puissent venir au praticien. — L'*hypertrophie du cœur*, dans les mêmes conditions d die fébrile concomitante, pourrait aussi en imposer; mais les antécéd encore pourraient lever les doutes.

On a cherché à déterminer le *siége* de l'endocardite aiguë dans tell ou au niveau de tel orifice du cœur. Simonet (*Thèse*, 1824) a indiqué signe particulier de l'endocardite de l'orifice ventriculo-aortique la se d'un frottement comme si l'artère donnait passage à des globules résistant qu'à un liquide. Mais la seule donnée précise qu'on ait obtenue, c'est sont presque toujours les cavités gauches qui sont affectées.

3° *Pronostic.* — L'endocardite aiguë simple est grave, tant parce q affection constitue ordinairement une complication qui peut détermi issue fatale de la maladie préexistante, qu'en raison des lésions chroniq vulaires qu'elle entraîne après elle. Mais sa gravité est loin d'être comme l'est l'endocardite ulcéreuse dont il va être question.

II. Endocardite ulcéreuse.

Il ne faut pas attacher un sens absolu à ces expressions d'*endocardit reuse*, qui expriment une nature inflammatoire que l'on n'est pas d'a attribuer à cette maladie. Sa lésion principale est, en effet, caractérisée destruction partielle ou complète des valvules artérielles ou auriculo-v laires, dont ce qui reste est tantôt déprimé, tantôt boursouflé, avec des comme verruqueuses dues quelquefois à de vrais dépôts fibrineux. lésions secondaires, on constate des foyers morbides disséminés dans di organes, et qui sont dus au transport embolique des débris valvulaires o neux charriés avec le sang, et oblitérant les artères ou les artérioles observé ainsi des lésions que je rappellerai plus loin.

Depuis le travail de Senhouse-Kirkes, qui a signalé en 1852 les grave dents généraux qui accompagnent la désagrégation des produits de l'endo aiguë, des observations isolées et des travaux importants ont été publi plus remarquables sont ceux de Virchow (*Pathol. cellul.*, trad. par P. I Charcot (*Mém. de la Soc. de Biol.*, t. II, 1855), Vulpian et Charcot (*Gaz de Paris*, 1862), Lancereaux (*ibid.*), Lemarchand (*Thèse*, 1862), Loui (*Thèse*, 1864), le Mémoire de Schivardi, de Milan, et les observations p culières de Hérard (*Soc. méd. des hôpit.*, 1865), E. Œdmansson

1865), de Duguet et Hayem (*Soc. de biologie*, 1865). Je devrais en rocher de ces travaux les publications sur les embolies capillaires ou comme la *Thèse* de Lefeuvre, l'*Étude des embolies capillaires* de Strasbourg (1868), etc., qui ont traité des lésions secondaires pro- l'endocardite ulcéreuse (*Voy.* EMBOLIES).

ajouter que, pour certains observateurs, Hardy et Béhier entre autres, de l'état général qui accompagne l'endocardite ulcéreuse ne saurait une intoxication du sang par des débris organiques moléculaires; qu'il y a simple coïncidence entre un état général grave et la lésion question n'est pas encore résolue définitivement. Les nouvelles faites après Kirkes et Virchow semblent cependant militer en faveur lation de cause à effet entre la désorganisation ulcéreuse des val- aques et l'infection du sang. Dans une de ses observations, Lance- onstaté dans le sang (*loc. cit.*), outre les éléments normaux de ce s granulations moléculaires, des globules granuleux, des globules de es fragments de fibres de tissu conjonctif, et quelques corps allongés ix. Il est à désirer qu'une semblable recherche soit répétée.

ients du diagnostic. — Nous les distinguerons avec Vast (*Thèse*) en locaux ou cardiaques et en symptômes généraux.

u du cœur, tantôt l'excès de dyspnée empêche de pouvoir ausculter nt le cœur, tantôt cet examen est possible; et alors on constate les e endocardite valvulaire aiguë à marche rapidement croissante : des *ns*, de la *dyspnée*, une *anxiété vive*, une *matité* précordiale quel- gmentée, et surtout un *souffle* perçu pendant le premier temps ou eur, puis un *second souffle* au second temps, avec *pouls bondissant*. t l'évolution de ces phénomènes, il existe des symptômes généraux e l'on a distingués en *typhoïdes* et *pyoémiques*. 1° Les premiers en une *fièvre vive* avec un *pouls souvent dicrote*, une grande *pros-* uelquefois des *taches ecchymotiques* ou des *sudamina*, mais pas de ies lenticulaires, un *facies abattu*, des *narines pulvérulentes*, un gré de *céphalalgie*, du *subdelirium* ou un *délire violent*, *langue f vive*, *ventre ballonné* avec ou sans *diarrhée*, parfois *rate volumi- atarrhe bronchique*. 2° A la seconde forme de symptômes généraux ent ceux de l'infection purulente : outre les phénomènes adynami- oit se manifester des *frissons violents* revenant par accès. Suivant Lan- ls sont suivis de *chaleur intense* et de *sueur* peu abondante, et ils se antôt une ou deux fois par jour, tantôt à plusieurs jours d'intervalle, le servant une grande fréquence, même dans l'intervalle des accès, oscil- cent, cent vingt, cent quarante, et se montrant surtout très-variable.

uctions diagnostiques. — Depuis les remarquables travaux dont dite ulcéreuse a été l'objet, on doit la considérer comme une maladie agnostic peut être formulé, dans un certain nombre de cas, sans de trop difficultés, ainsi que j'espère le démontrer.

d il est impossible, au premier examen, de soupçonner une endocar- que les signes locaux de cette maladie existent avec souffle plus ou de au premier ou aux deux temps des bruits du cœur. Si les troubles es ont une marche rapide, si surtout, comme on l'a fait remarquer avec n voit en quelques jours le souffle cardiaque du premier temps prendre sse croissante, puis s'il survient un souffle au second bruit, le soupçon tence d'une endocardite *ulcéreuse* se changera en grande probabilité. cularités, lorsqu'il s'y joint un état général grave, soit typhoïde, soit

d'infection purulente, devront faire diagnostiquer l'endocardite ulcéreu
comme cela est arrivé à Charcot, Vulpian et Fritz, et à moi-même, à Necker,
1868, pour deux cas d'endocardite ulcéreuse vérifiés par l'autopsie. — La c
naissance des conditions *étiologiques* dans lesquelles s'est développée la mal
lorsqu'on peut arriver à la constater, est encore une source de données
utiles. De grandes *fatigues* ou une *débilité* profonde, l'existence d'un *rhu
tisme articulaire* aigu (ayant préexisté six fois sur treize cas d'endocardite u
reuse réunis par Vast), et l'*état puerpéral* signalé par Virchow, sont les ca
le mieux établies. Une de mes observations concernait une femme en couc

D'après ce qui précède, on voit qu'on pourrait facilement confondre l'en
cardite ulcéreuse avec une *fièvre typhoïde*. Si les accidents du côté du c
étaient masqués ou difficiles à constater, cette erreur serait d'autant plus f
L'absence de taches rosées lenticulaires, et surtout l'absence de phénom
abdominaux feront rejeter l'existence de la fièvre typhoïde et admettre l'en
cardite ulcéreuse, s'il existe des signes d'endocardite du côté du cœur, et su
s'ils font les progrès rapides et subissent les transformations que j'ai rapp
— Quant à la *pyémie*, quand on en constate les signes, la question n'est
de faire le diagnostic différentiel de cette affection et de l'endocardite ai
puisqu'il s'agit avant tout de savoir s'il y a ou non résorption purulente
le fait de l'endocardite ulcéreuse. Il y a eu sur ce point de grandes discus
(*Voy.* PYÉMIE). On a nié ici à tort, selon moi, l'existence de la résorp
purulente, en expliquant les accidents généraux par l'infection du sang
serait due, non au pus, mais aux détritus de la désagrégation moléculaire
valvules cardiaques. On s'est fondé, pour soutenir cette opinion, sur ce
qu'on ne retrouvait le pus ni au niveau des débris adhérents des valvule
dans les aboutissants des vaisseaux artériels. Mais il me semble que le pus
saurait rester amassé au niveau de ces valvules, incessamment balayées a
force par le sang en circulation, et que par la même raison, le pus extrêmem
divisé ne pourrait former des amas emboliques reconnaissables. On doit d
admettre que l'endocardite ulcéreuse peut être inflammatoire, et qu'elle peut s
compagner de pyémie. — Quand cet état pyémique existe, on peut confo
les violents accès fébriles qui le caractérisent avec une *fièvre intermitte*
comme Lancereaux l'a noté deux fois sur quatre qu'il a relatés. Mais il n'y a
d'apyrexie entre les accès dans l'endocardite ulcéreuse. — L'ictère qui acc
pagne certaines endocardites ulcéreuses peut la faire prendre pour un *ic
grave*, mais ici l'ictère apparaît dès le début, tandis qu'il est tardif dans l'
docardite. — On a discuté le diagnostic différentiel avec la *péricardite* acc
pagnée d'épanchements considérables, ou avec la péricardite sèche, avec l'
pertrophie du cœur dans des maladies fébriles, et enfin avec des *palpita
nerveuses* dans les mêmes conditions; mais il suffit, je crois, de le rapp
pour qu'on évite facilement de semblables confusions.

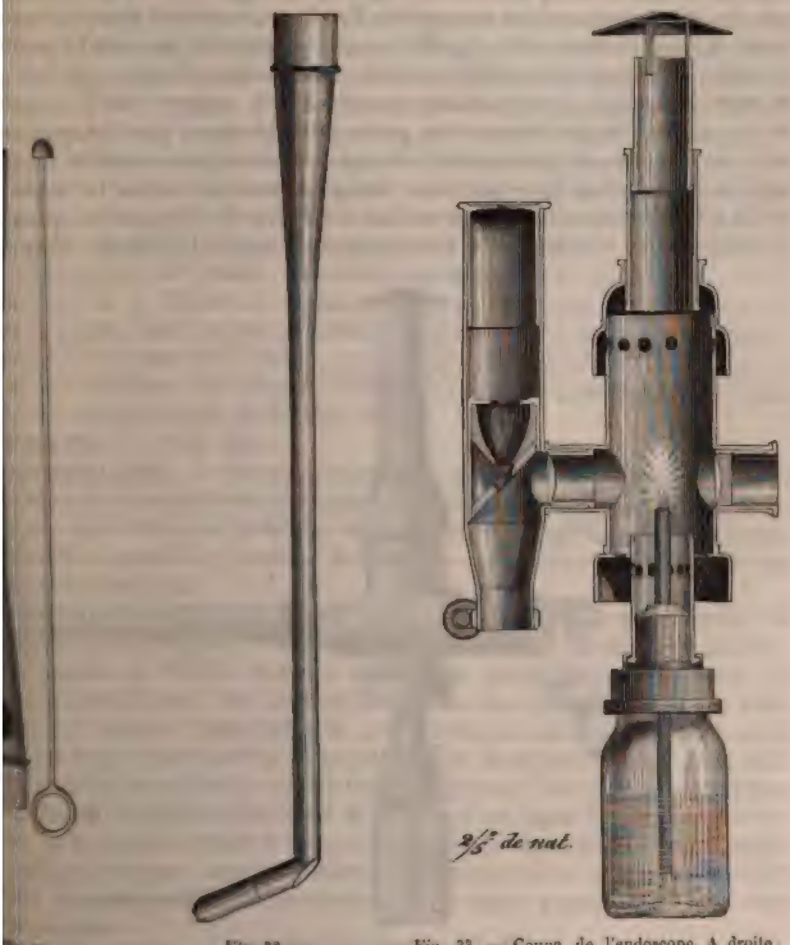
Ce sont ordinairement les valvules sigmoïdes de l'aorte, plus rarement la v
vule mitrale, qui sont le *siége* de la lésion ulcéreuse; et l'on doit attribuer
progrès de leur destruction le souffle du second temps venant s'ajouter au p
mier, et dénotant, avec le pouls bondissant, l'insuffisance qui s'est faite
niveau des valvules. — Ces signes révèlent un *degré* plus avancé de la mal
que le simple souffle du premier temps. — Il sera facile de déterminer la *for*
typhoïde ou pyémique, d'après la prédominance des phénomènes généraux q
j'ai précédemment rappelés.

Les complications de l'endocardite ulcéreuse sont les *embolies* ou les *infarc*
qui en sont la conséquence forcée. C'est ainsi qu'on a vu survenir des foyers

...ollissement *cérébral*, certaines *ophthalmies* à marche rapide, des *gan*-...es, des *plaques ecchymotiques* à la peau, etc. Ces embolies, ou les infarctus, ...ent non-seulement des détritus moléculaires des valvules elles-mêmes, mais ...des concrétions qui se développent sur elles. Ce sont des sortes de vil-...tés rougeâtres, résultant de la production exagérée du tissu conjonctif de ...docardite, pouvant former de véritables végétations adhérentes au niveau ...valvules, et qui sont susceptibles de s'en détacher. J'ai vu une valvule ...tée être le point d'implantation d'un caillot volumineux allongé dans l'aorte, ...l aurait pu être entraîné.

Pronostic. — La mort paraît être la terminaison constante de l'endocar-...ulcéreuse; du moins je ne connais aucun exemple de guérison authentique ...(EMBOLIES, PYÉMIE).

...NDOSCOPE. — Comme le larynx et le fond du globe oculaire, le canal ...rètre et l'intérieur de la vessie sont devenus accessibles à l'exploration



...*Fig.* 31. ...sonde ...

Fig. 32. Sonde prostatique et vésicale.

Fig. 33. — Coupe de l'endoscope. A droite, la lampe gazogène ; à gauche, le support mobile auquel s'adapte la sonde, et qui contient le miroir. Ce support est ici vertical, mais on lui donne la position horizontale pendant l'exploration.

visuelle. A l'époque où le spéculum fut mis en usage dans la pratique, imagina une sonde ou spéculum *urétro-cystique* composé de deux concentriques : celle du milieu, pour voir dans la profondeur de la v l'extérieure, pour donner passage à la lumière de deux bougies latérales sur un miroir concave. Crampton, Every (de Londres) et Ag. Hacker avaient aussi tenté depuis de résoudre le même problème, mais toutes tatives avaient été insuffisantes, lorsque Ant. Désormeaux imagina so *cope* et put le présenter, en 1853, à l'Académie de médecine tel à peu est aujourd'hui (*Leçons sur l'endoscope*, faites à l'hôpital Necl planches, 1867).

Cet instrument a pour but de faciliter l'exploration visuelle de l'ur la vessie. Il se compose de deux parties distinctes. — 1° La première deux sondes destinées à pénétrer dans les cavités à explorer : une *son* ouverte à ses deux extrémités, pour l'exploration du canal de l'urètr avec une fente sur une partie de sa longueur, fente par où l'on peut trer des instruments servant à compléter l'exploration ou à faciliter le local; et une *sonde coudée*, *fig.* 32, pour la pénétration jusqu'à la la vessie, présentant à son angle ou coude une ouverture fermée par de verre qui permet de voir au-delà dans l'axe de la sonde. — 2° L'e de ces sondes s'adapte à la seconde partie de l'endoscope, *fig.* 33, pa tielle de l'instrument, puisqu'elle se compose d'un support tubulé a dapte la sonde, et du foyer lumineux (lampe au gazogène) dont la cl fléchit latéralement sur un miroir incliné à 45° dans le support en q qui projette une vive lumière à l'extrémité de la sonde. Le miroir ét

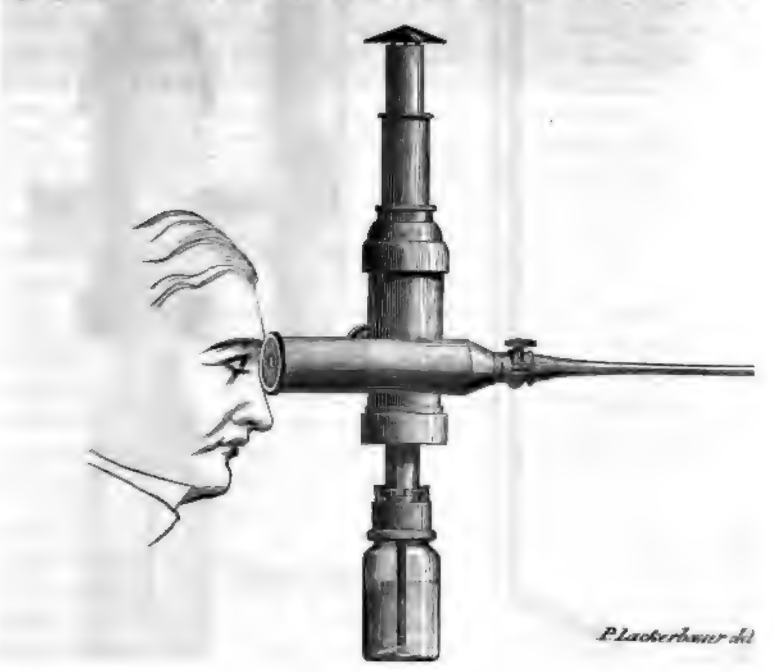


Fig. 34. — Position de l'endoscope.

son centre permet facilement au regard de l'observateur de voir l ainsi éclairées et de suivre la marche des instruments que l'on fait

lement dans la sonde. La figure 34 montre la disposition de l'endoscop
nt l'exploration.

ique l'on ait à utiliser le plus fréquemment l'endoscope pour les affections
gicales, il n'en doit pas moins être connu du médecin. Le canal de l'u-
ouvant être exploré *de visu* sur toute sa longueur et montrer des lésions
upçonnées jusque-là ou diagnostiquées d'une manière insuffisante, comme
s rétrécissements, par exemple; la prostate pouvant, comme certaines
de la vessie, être examinée de la même manière, enfin des conduits
que ceux des voies urinaires étant accessibles à la vue par le même moyen
ation, on comprend l'importance que ce moyen peut avoir pour l'obser-
dans certains cas difficiles.

oscope a permis à Ant. Désormeaux de mieux étudier qu'on ne l'a fait
i, au point de vue anatomique, les questions suivantes : les causes de
s blennorrhagies ou blennorrhées, l'urétrite granuleuse, les ulcérations de
euse urétrale, *herpétiques en cupule*, *fongueuses;* les *rétrécisse-*
nodulaires, les *fistules urétrales* à l'intérieur du canal; les *ulcérations*
iques liées aux pertes séminales; certaines *prostatites* et *cystites* chro-
et enfin certains *calculs* libres ou enchatonnés, lorsqu'ils peuvent être
les à l'exploration. Cette simple énumération démontre la valeur de
opie au point de vue du diagnostic, sans parler de son importance évi-
point de vue du traitement des affections de l'urètre et de la prostate.
utiliser l'endoscope de Désormeaux, il faut un apprentissage assez diffi-
maniement de l'instrument demandant une grande habitude et une cer-
bileté. Mais il ne peut manquer de se perfectionner. Déjà le docteur
chirurgien de Dublin, a modifié avantageusement l'endoscope, s'il est
ent arrivé à obtenir un éclairage brillant, s'adaptant très-aisément au
la sonde, sans apprêt préalable, ce qui permet d'inspecter facilement
lement l'urètre et la vessie, mais encore la profondeur du rectum, la
n col et même du corps de l'utérus, les fosses nasales et le pharynx
du collège royal de Dublin, 1867).

'ANCE. — *Voy.* Ages.

;OUEMENT. — Ce mot est appliqué principalement aux poumons et
stins. Il exprime, dans le premier cas, un état de congestion inflamma-
core mal défini, et, au niveau de l'intestin, une obstruction par des ma-
écales accumulées, pouvant donner lieu à des TUMEURS ou bien à une
ION INTESTINALE.

GOURDISSEMENT. — Le sentiment de pesanteur et d'obtusion de
bilité qui caractérise l'engourdissement tient à une interruption momen-
u durable de l'influx nerveux dans un ou plusieurs membres, où il y a
t en même temps des picotements ou des fourmillements. Tantôt l'en-
ssement résulte simplement de la compression accidentelle d'un tronc
x par suite d'une position vicieuse pendant le sommeil; il est alors pas-
t de nulle importance, comme lorsqu'il dépend d'un simple état nerveux
l. Tantôt il est plus persistant, et alors c'est un signe de *névrose*, de *né-*
e, ou le premier indice d'une *paralysie* graduelle, soit avec lésion orga-
soit idiopathique. L'engourdissement est général dans certaines *pléthores*
es; il a alors pour caractère particulier de céder rapidement à une éva-
n sanguine.

ROUEMENT. — *Voy.* Aphonie.

TÉRALGIE. — Toutes les affections dont la douleur est le principal
ôme et qui siégent dans l'abdomen, sont fréquemment d'un diagnostic

obscur. Aussi l'entéralgie a-t-elle été bien souvent confondue avec d'autres af-
fections douloureuses et par conséquent décrite avec peu de précision. Elle est
le plus souvent liée à la GASTRALGIE et reconnaît les mêmes causes.

L'entéralgie est caractérisée essentiellement par une *douleur* siégeant prin-
cipalement au pourtour de l'ombilic, d'où elle peut s'irradier dans le reste de
l'abdomen. Cette douleur est d'une intensité très-variable, parfois violente au
point d'arracher des cris au malade et de lui faire prendre des positions bizarres,
tantôt calmée, tantôt augmentée par la pression, et exaspérée quelque temps
seulement après l'ingestion des aliments, lorsque ceux-ci ont pénétré dans l'in-
testin. Des *flatuosités* intestinales pouvant produire une *tympanite* très-sonore
à la percussion, la *tension* du ventre, des *borborygmes*, souvent une *diarrhée*
passagère après le repas et une *constipation* habituelle, sont les symptômes
qui se joignent à la douleur. L'ensemble de ces symptômes et surtout la dou-
leur peuvent constituer des espèces de crises ou accès pendant lesquels il y a
décomposition des traits, *anxiété*, *sueur froide*, *lypothymie* ou *syncope*,
pouls faible et concentré.

Lorsque l'entéralgie est bien distincte de la gastralgie, et qu'elle survient par
accès au moment de la digestion intestinale avec l'ensemble des symptômes
que je viens de rappeler, le diagnostic est sans doute facile. Mais combien
de pareils cas nettement tranchés sont rares dans la pratique! Les plus ordi-
naires sont précisément ceux où l'affection est modérée et dans lesquels la
douleur seule est presque toute la maladie. Ce n'est que par voie d'élimination
que l'on pourra arriver alors à un diagnostic satisfaisant.

Comme pour toute douleur siégeant au niveau d'une cavité splanchnique, il
faudra s'assurer avant tout qu'il ne s'agit pas d'une douleur des parois abdomi-
nales, soit névralgique, soit rhumatismale.

Dans les cas de *névralgie lombo-abdominale*, la limitation de points dou-
loureux à la pression dans un petit espace, à droite ou à gauche de la ligne
blanche, et en arrière, dans les points également limités et propres à cette né-
vrose, suffiront pour faire admettre l'existence de la névralgie. — On rejettera
l'existence d'un *rhumatisme* des parois abdominales, si les douleurs ne sont
pas persistantes et surtout si elles n'augmentent pas par la contraction, d'ailleurs
difficile, des muscles de ces parois. — Quant aux douleurs siégeant dans l'in-
térieur de l'abdomen et dues à l'*entérite*, aux différentes *coliques* saturnine,
hépatique, néphrétique, etc., on ne pourrait les confondre avec l'entéralgie
lorsque ces affections sont très-mal caractérisées, c'est-à-dire dans des cas
exceptionnels.

Toutefois il est une maladie qui a de tels points de contact avec l'entéralgie
que l'on ne saurait nettement les distinguer l'une de l'autre dans l'état actuel
de la science; c'est la *dyspepsie entéralgique*, qui n'est à la rigueur qu'une
variété d'entéralgie (*Voy*. DYSPEPSIES).

ENTÉRITE. — L'inflammation de l'intestin est aiguë ou chronique.

I. Entérite aiguë.

1° *Éléments du diagnostic.* — Ce sont des *douleurs* plus ou moins vives,
intermittentes, de courte durée, siégeant vers la région ombilicale et s'irradiant
dans le reste du ventre, douleurs augmentant par la pression; peu après, selles
diarrhéiques souvent très-abondantes, précédées de borborygmes qui, de l'om-
bilic, gagnent le gros intestin, où ils sont suivis immédiatement du besoin d'aller
à la garderobe; les *matières*, rendues cinq, vingt et même plus de trente fois
dans les vingt-quatre heures, sont d'abord fécales, de moins en moins consis-
tantes, puis liquides, et souvent cuisantes à leur passage à l'anus. Il y a

de la *fièvre*, de la *céphalalgie*, des *nausées*, et la *langue* est blanchâtre urelle.

Inductions diagnostiques. — Les *coliques*, avec sensibilité du ventre à sion, et la diarrhée surtout, sont les principaux symptômes de l'entérite; n le conçoit, ils ne peuvent suffire au diagnostic dans tous les cas. Lors-a doute, les commémoratifs ne doivent pas être négligés, car ils permet-constater certaines causes qui expliquent l'entérite et qui viennent par ment prêter leur appui au diagnostic. Ces causes sont la *détérioration* an-*e de la constitution*, les *convalescences*, l'abus de certains *purgatifs*, s autres *irritants* du tube digestif et l'*impression du froid* dans quel-s. — La rapidité de la *marche* de l'affection, qui ne dure que trois, à sept jours au plus, et l'atténuation des symptômes par les adoucissants, alement des particularités utiles, si l'on observe la maladie plusieurs près le début.

érite aiguë a des signes communs avec plusieurs autres maladies : la rie à son début, l'entéralgie, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde. me suffira de faire remarquer que, dans la *dysenterie*, les selles bientôt es caractéristiques (mucoso-sanguinolentes) ne laissent pas longtemps ncertitude; que l'*entéralgie* n'a de commun avec l'entérite que la dou-ne s'accompagne que de selles très-passagères; que, dans l'*embarras ue*, il y a des selles rares, et que l'affection est rapidement améliorée vomitif; qu'enfin la *fièvre typhoïde* à son début présente un ensemble nomènes généraux d'une intensité qui n'est nullement en rapport avec la té apparente des troubles intestinaux que l'on serait tenté d'attribuer à érite.

érite une fois admise, il serait nécessaire de pouvoir la localiser dans telle autre partie de l'intestin; mais une telle précision diagnostique ère possible au lit du malade, au moins dans la plupart des cas. Ce qui s'applique principalement à l'inflammation de l'intestin grêle, dont il difficile aujourd'hui de distraire la *duodénite*. Les inflammations du (typhlite), du côlon ou du rectum, offrent seules des particularités dis-s différentes de l'entérite de l'intestin grêle. Ce sont : pour la *typhlite*, té décrite en Allemagne, les symptômes du phlegmon de la fosse iliaque affections de l'appendice iléo-cœcal; pour la *colite simple* (qui n'est pas nterie), la seule direction de la douleur suivant le trajet du côlon; et our l'inflammation du rectum ou *rectite*, le siége profond de la douleur bassin avec sentiment de pesanteur et de ténesme.

distingué bien des *formes* d'entérite, dont la plupart n'ont pas de valeur leur distinction n'étant basée que sur des particularités secondaires. sont les entérites dites *séreuse*, *muqueuse*, *stercorale*, *bilieuse*, *cir-rite*, *diffuse*, *phlegmoneuse*, *érythémateuse*, *catarrhale*. Les formes *humatique*, *arthritique*, *hémorrhoïdale*, auraient une tout autre im-ce comme fondées sur la nature de la maladie, si cette nature n'était elle-problématique dans la plupart des faits. En définitive, les formes les plus à rappeler sont l'entérite *pseudo-membraneuse*, et l'*entérite des enfants*, des caractères spéciaux.

ntérite *pseudo-membraneuse* (colite pseudo-membraneuse de Serres, , 1836) est une affection très-complexe et encore mal connue dans ses s. On trouve dans beaucoup d'ouvrages et dans les recueils périodiques, boulbène, à qui l'on doit le travail le plus complet sur les affections pseudo-braneuses, l'indication d'un grand nombre de fausses membranes rendues

avec les matières alvines. La plupart se rapportent à la *dysenterie*, au mug à des *hydatides*, etc. Mais il en reste un certain nombre qui se sont prod dans le tube digestif à la suite d'affections diverses, inflammatoires et diphthériques, qu'il est difficile de préciser (*loc. cit.*, p. 99, note). En hors des pseudo-membranes qui sont expulsées dans le cours de la d terie chronique, ou comme complication opiniâtre consécutive à la dyse aiguë, ainsi que j'en ai observé un exemple chez une femme hystériqu aurait, suivant Wannebroucq, une véritable entérite pseudo-membraneuse il a pu réunir un assez grand nombre d'observations (*Bulletin méd. du* 1 1864); la maladie même, avec un état aigu d'abord, aurait toujours une d'au moins plusieurs mois. *Fièvre* au début, *nausées*, parfois *épistaxis* *leurs localisées* dans un point de l'abdomen, généralement à la fosse droite, avec *tuméfaction* sur le trajet du gros intestin; *constipation* opi et, après quelques jours, *expulsion de fausses membranes*, d'abord co même avec du mucus, puis plus épaisses et plus longues, assez rési blanchâtres ou teintées par les matières fécales, parfois feutrées, enfin t *rectal* si le rectum est envahi, et *absence de sang et de pus* dans les robes : tels seraient les signes de la maladie.

Doit-on distinguer de cette entérite avec exsudats pseudo-membraneux tion intestinale d'où résulte l'expulsion par l'anus de matières muqueus ou moins concrètes, *gélatiniformes*, membraniformes, dont beaucoup d' ont parlé? Il est probable que les deux affections se confondent, ou plu ces concrétions gélatiniformes se rencontrent dans la plupart des co dans lesquelles se produisent les pseudo-membranes. Fernel, Van S Morgagni parmi les anciens, Cruveilhier (*Anat. génér.*, t. IV), Barrier (*de l'enfance*), Graves (*Clin. médic.*, t. II), Laboulbène et beaucoup parmi les modernes, ont étudié cette intéressante question. — Ces con gélatiniformes, suivant Laboulbène, renferment, au milieu d'une grande tité de matière amorphe et transparente, des granulations moléculair cellules d'épithélium cylindrique, et des globules purulents et pyoïdes. Il y reconnaître nettement la présence de la fibrine (*ouv. cité*, p. 146).

L'*entérite des nouveau-nés* se manifeste par des symptômes qui so vent beaucoup plus graves que chez l'adulte, même sans qu'il existe de antérieure. La *fièvre* peut être intense, le *ventre* ballonné; parfois il l'*érythème* aux fesses, des *ulcérations* aux malléoles, il survient du m cette forme n'est pas rare dans les hôpitaux. Suivant Barthez et Rilliet ensuite chez les jeunes enfants une forme bénigne, apyrétique, franc catarrhale, et qui n'est autre chose que la *diarrhée* des enfants, et un forme plus grave, succédant quelquefois à la précédente et observée c enfants plus âgés. Ici le début peut être brusque et caractérisé d'embl des symptômes locaux et généraux : *céphalalgie*, *fièvre*, *vomissements*, *rhée;* ensuite la figure est assez colorée, les traits tirés en bas, le sillon labial très-marqué, l'abdomen est assez gros, quelquefois tendu, sono selles sont parfois très-nombreuses et très-abondantes, liquides, brun muqueuses et bilieuses, peu souvent vertes; très-rarement il y a du délir l'agitation, de la sécheresse de la langue, jamais il n'y a de râle sibilant o flant; en même temps les symptômes fébriles sont assez intenses. On p donc, dans certains cas, confondre cette entérite avec une *fièvre typh* mais plusieurs des signes caractéristiques de cette dernière affection fo faut dans l'entérite. Tels sont les taches rosées lenticulaires, les râles, etc

Cependant les mêmes auteurs décrivent une troisième forme d'entérite

elle, qu'ils nomment *entérite typhoïde*, et qui, pendant la vie, présenterait les signes de la fièvre typhoïde grave, sans en présenter les lésions. Ils ttent aussi une *entérite ataxique*, qui pourrait être confondue avec la gite et l'éclampsie par ses symptômes, si, d'une part, dans la forme mé- de l'entérite, la gravité des symptômes nerveux n'était bien moindre que a méningite, et si, d'autre part, dans la forme éclamptique, l'existence de rhée et le peu de durée de l'état cérébral (vingt-quatre heures au plus) ne t bientôt tous les doutes.

Pronostic. — L'entérite aiguë se termine toujours favorablement chez les auparavant bien portants. Elle n'a de gravité que lorsqu'elle est sympto- e et lorsqu'elle survient chez les enfants, principalement chez les nou- és.

Entérite chronique.

tat chronique, si l'on excepte les entérites pseudo-membraneuses qui caractère, l'inflammation intestinale est très-rarement spontanée à l'âge Le plus souvent elle est symptomatique, et, dans les deux cas, la diarrhée ée est presque le seul symptôme de l'entérite.

le jeune âge, l'entérite chronique primitive est au contraire fréquente, que l'entérite symptomatique est rare. Elle survient le plus ordinaire- ez des enfants âgés de moins de six ans, soumis à un mauvais régime, ue toujours à l'époque de la dentition ou du sevrage. Elle est caracté- r la *diarrhée*, les *douleurs* de ventre, par des selles plus ou moins tes de couleur diverse, contenant parfois des aliments à moitié digérés, t du sang clair, sanieux, mêlé à des mucosités ou à du pus, par un *etit et fréquent* et un *dépérissement graduel* jusqu'à la mort.

e rencontre, suivant Barthez et Rilliet, une détérioratien générale et ect cachectique aussi prononcé, chez les enfants, que dans l'entérite ue et dans la tuberculisation. A part l'affection tuberculeuse, toutes donc qu'on verra un enfant présenter du dépérissement avec ent continu, ou rarement intermittent, douleurs de ventre, etc., le foie te étant sains, on pourra croire, presque sans certitude de se tromper, t atteint d'une maladie des intestins. Le diagnostic serait complet si terminait : 1° quelle est la lésion intestinale; 2° s'il existe des compli-

éterminaison de la *lésion* intestinale, inflammation simple, ramollisse- ulcérations, est d'autant plus difficile que les mêmes symptômes peuvent tater avec les lésions les plus profondes ou les plus légères, et même, dans exceptionnels, *sans lésion* intestinale sensible; toutefois on n'oubliera e c'est presque toujours le côlon qui est le siége de l'entérite chronique. ule lésion me semble pouvoir être diagnostiquée; ce sont les *ulcérations*, e du pus strié de sang se trouve dans les matières excrétées. — Les *com- ions* résultent de la débilitation où se trouve l'enfant. Ce sont l'anasarque, ncho-pneumonie et les fièvres exanthématiques, qui, le plus souvent, ent hâter la mort.

NT ROLITHES. — *Voy.* Calculs (intestinaux).

NTÉRORRHAGIE. — *Voy.* Hémorrhagies (par l'anus).

NTOZOAIRES. — Tous les entozoaires de l'homme qui ont été décrits ressent pas également le médecin praticien; aussi ne sera-t-il question cet article que de ceux dont la présence peut être reconnue pendant la vie, à des signes caractéristiques, soit par leur expulsion au dehors de l'orga- e, où ils sont constatés à l'œil nu ou aidé du microscope. Je renvoie le

lecteur qui désirerait étudier complétement la question des entozoaires, surtout au point de vue de l'histoire naturelle, à la *Zoologie médicale* de Moquin-Tandon, et surtout à l'ouvrage spécial de Davaine (*Traité des Entozoaires des maladies vermineuses,* 1860), qui me fournira les principaux matériaux cet article.

Les entozoaires de l'homme sont très-variés et très-nombreux, quoique recherches modernes en aient simplifié la nomenclature en éliminant un gr nombre d'espèces fictives, et en groupant, dans certaines tribus (cestoïdes trématodes), beaucoup d'autres espèces considérées comme distinctes par anciens observateurs, et qui ne sont que des transformations d'une même malité, en vertu de leur *génération alternante.* Mais je n'ai pas tant à ins sur les distinctions zoologiques des entozoaires que le praticien doit conn que sur leur *siége anatomique dans tel ou tel organe.* Les accidents q provoquent étant différents suivant leur *habitat,* cette distinction est naturellement la base la plus pratique du diagnostic.

Je vais principalement traiter du diagnostic des entozoaires des voies digestives, où il est le plus ordinaire de les rencontrer; j'exposerai ensuite le p nombre de données pratiques qui ressortissent aux faits connus relativement entozoaires des autres organes, en faisant remarquer que j'ai traité à part BACTÉRIES, vers microscopiques du système sanguin, et des HYDATIDES. E j'ai reporté au mot PARASITES (Animaux) la question des *épizoaires.* Je né gerai complétement les entozoaires dont l'existence n'est rien moins démontrée, ou qui, n'ayant donné lieu à aucun phénomène apparent pen la vie, n'ont été constatés qu'après la mort. Tels sont les vers des *voies respiratoires*, les tubercules vermineux de l'*estomac* et des *ganglions bronchiques,* etc.

I. Entozoaires des voies digestives.

Les entozoaires de l'intestin, observés chez l'homme, qui donnent lieu à phénomènes symptomatiques communs, sont compris dans les *nématoïdes* les *cestoïdes.* Les ascarides et les oxyures se rapportent au premier type, les ténias au second. Mais, outre ces entozoaires, il en est qui paraiss donner lieu à d'autres accidents particuliers soit dans l'intestin, comme l' chylostome duodénal, soit dans les voies biliaires, comme la douve du foie, enfin dans les voies urinaires. De plus, il y a des entozoaires qui se montr simplement dans les évacuations intestinales examinées à l'aide du microsc et qui se rattachent au type des *protozoaires.*

Lorsque les vers intestinaux donnent lieu à des phénomènes appréciabl ce qui n'a pas toujours lieu, c'est dans le dérangement des fonctions inte nales ou dans des troubles réflexes des autres organes que ces phénomènes manifestent.

Du côté des *organes digestifs*, on a noté : des *douleurs abdominales* tr variées, quelquefois déchirantes, des *coliques*, des *picotements*, d'autre des *sensations* de reptation ou de contraction, soit dans l'abdomen, soit dans pharynx ou dans l'œsophage; une *haleine* acide ou fade, de la *salivation*, tuméfaction du ventre, de la *soif*, de l'*anorexie* ou une *faim exagérée*, *nausées* ou des *vomissements*, rarement des *selles sanglantes*, souvent *démangeaisons* à l'anus. — Du côté des autres organes, on a constaté nombreux phénomènes : une *toux* sèche, un *pouls* irrégulier, des *palpitations* des *défaillances*, la dilatation des *pupilles*, du *strabisme*, des troubles de *vue*, l'amaurose, la cécité, la surdité ou l'exaltation de l'*ouïe*, la perversion *goût* ou de l'*odorat*, de vives *démangeaisons* au nez, des *hémorrhagies*

les, du prurit et des fourmillements à la *peau*, des *sueurs abondantes*, *céphalalgie*, des *vertiges*, des *douleurs* vagues, surtout aux articulations, *agitation*, des *grincements de dents*, de la *somnolence* ou du *coma*, des *ulsions*.

i n'est pas un tableau de la maladie, qu'il est impossible de généraliser, une simple énumération de phénomènes qui, groupés en certain nombre *plés*, constituent autant de manifestations symptomatiques. Cette multi- de phénomènes fait immédiatement prévoir la facilité d'erreurs plus oins graves de diagnostic qui doivent se commettre, jusqu'à ce que sion des helminthes vienne faire cesser les accidents et démontrer ainsi igine. En l'absence de cette expulsion au dehors, en effet, on ne peut upçonner la nature de la maladie, et on la méconnait nécessairement phénomènes se groupent de manière à caractériser une autre affection. s des lésions intellectuelles (*manies diverses*), l'*hystérie*, la *catalepsie*, *nos*, les *convulsions épileptiformes*, la *chorée*, les *tremblements*, même *ralysies* diverses, et jusqu'à l'*hydrophobie non rabique*, être sous la ance d'entozoaires intestinaux, ainsi que le démontrait *la guérison liate de ces états nerveux après le rejet complet des helminthes hors ganisme*.

donnée précieuse de diagnostic, puisqu'elle peut faire soupçonner les ires intestinaux en l'absence de leur expulsion, c'est la connaissance du bité par le malade. Rien de mieux démontré, en effet, que l'endémicité ections vermineuses; il est donc essentiel d'en tenir compte non-seule- ans le pays même, mais encore au dehors, lorsqu'un malade provient de s où cette endémicité a été notoirement constatée. C'est surtout à Paris, observe principalement des faits de ce genre, qu'il est nécessaire de les r.

ons maintenant, en dehors de ces généralités, ce qui est particulier aux nts entozoaires des organes digestifs.

OMBRICS OU ASCARIDES LOMBRICOÏDES. — Ces vers, dont les figures 35 donnent les principaux caractères, se montrent principalement chez ants au-dessus d'un an, lorsqu'ils sont faibles, lymphatiques, scrofu- oumis à un régime insuffisant. Ils sont endémiques dans de certaines s, et le plus souvent ils ne produisent pas d'effets sensibles, tandis que ils se manifestent par des accidents remarquables, ainsi que j'ai eu occa- e le constater en Picardie.

t surtout aux enfants affectés de lombrics que sont applicables les signes s du côté de la face : pâleur, teint plombé, yeux cernés d'un cercle re, parfois brillants ou d'un aspect particulier par suite de la dilatation des s, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois. Les lombrics, accumulés souvent nd nombre dans l'intestin grêle, peuvent d'ailleurs provoquer la plupart tres manifestations symptomatiques que j'ai rappelées précédemment. De leur expulsion hors des voies digestives vient souvent éclairer le diagnostic; il faut éviter alors d'attribuer les phénomènes observés à la présence des ies dans les cas où il n'y a que simple coïncidence. L'expulsion des hel- es se fait par l'anus, par la bouche, par le nez et même à travers les parois intestins et de l'abdomen, où ils forment des *abcès* particuliers. Davaine e avec raison la théorie de Mondière relative à ces dernières pénétrations artement des fibres; mais il ne croit pas non plus que les lombrics agissent e corps étrangers irritants, se fondant sur ce fait que les abcès vermineux ervent à l'ombilic chez les enfants, à l'aine chez les adultes, et sur ce que la

sortie des lombrics à travers les parois abdominales est ainsi en rapport siége des hernies, plus fréquentes à l'ombilic chez les enfants, dans l'ai les adultes (*ouv. cité*, p. 192). Je ne saurais admettre prétation de mon savant confrère, me fondant sur ce formation des abcès viscéraux de l'abdomen a généra une tendance à s'ouvrir justement au voisinage de l'omb préférence à toute autre région (*Voy.* ABCÈS, p. 6). O core signalé la pénétration des lombrics dans les canaux biliaires, dans la vésicule et même dans le foie (*Voy.* COLIQUES, p. 210).

Fig. 35. — Ascaride.

Suivant Davaine, dans les cas douteux de lombrics dans l'intestin, la présence (au microscope) de leurs *œufs* dans les déjections est un signe certain de la présence de ces entozoaires du tube digestif (*loct. cit.*, p. 51); mais il faut déjà soupçonner l'existence des entozoaires pour faire une pareille recherche. H. Roger en conclut que c'est aux eaux où se trouvent ces œufs, prises en boisson, que le développement des lombrics est dû. Pour lui, ce fait important domine toute la pathologie vermineuse (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1864).

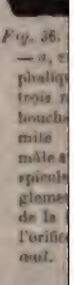


Fig. 36. — a, … phatiq… trois … bouch… mille … mâle … spicule… glame… de la … l'orific… œuf.

L'expulsion des lombrics et leur migration hors de l'intestin grêle, qu'ils occupent habituellement, donnent lieu, du reste, à des symptômes ou à des accidents particuliers qu'il faut connaître. — Lorsque le lombric gagne les *voies digestives supérieures*, il peut produire dans l'estomac des sensations semblables à celles dont l'intestin est le siége; il survient parfois même des vomissements avec rejet du lombric. Dans l'œsophage, l'ascaride provoque la sensation d'un corps étranger qui remonte par moments vers le pharynx; il donne lieu à un chatouillement pénible dans la gorge, à des nausées avec ou sans efforts de vomissements, à un sentiment de constriction ou de spasme œsophagie aphonie accidentelle, ou seulement à une toux sèche, incessante. contré en province différents cas de cette espèce chez des enfants, daient ensuite un lombric vivant par la bouche ou par les narines. cas de toux opiniâtre survenue brusquement chez une femme adul toux ne pouvant nullement s'expliquer avec l'état normal apparent des respiratoires, et cette femme ayant, quelques années auparavant, re l'anus une grande quantité de lombrics, je prescrivis un anthelminth détermina une évacuation abondante d'ascarides, et la disparition imm la toux. — Arrivés dans le pharynx, ces entozoaires peuvent aussi dans les fosses nasales et sortir par le nez, dans la trompe d'Eustache (W et sortir ensuite par le conduit auditif (Bruneau), ou enfin pénétrer larynx et la trachée, d'où résulte une suffocation mortelle, à moins qu ne soit expulsé par la toux dans un temps très-court, comme l'a noté

s quatorze faits réunis par Aronsshon (*Arch. de méd.*, 1836, t. X) ème (*loc. cit.*, p. 145). Davaine fait observer que l'œdème de la up, la laryngite spasmodique, les corps étrangers venus du dehors, des accidents analogues, et que l'apparition inopinée des phéno- affection préalable des organes respiratoires ni pénétration possible tranger, devra faire soupçonner la pénétration d'un ascaride, péné- deviendra certaine si l'exploration du pharynx par la vue et le découvrir le ver resté en partie dans le pharynx. C'est arrivé dans moitié des cas. — Enfin, par exception, on a vu la sortie des lom- uer par l'urètre, par suite d'une communication anomale de l'in- vessie.

nsidérer comme des *complications* : les *abcès vermineux* des inales, la *colique hépatique*, et même la *mort* précédée de con- ersant) qui pourraient être dues à la pénétration des lombrics dans aires, l'*obstruction intestinale*, l'*hémorrhagie* et l'*inflamma-* estin, la *péritonite* par suite de la pénétration de l'helminthe dans

é plus haut la fréquence des erreurs de diagnostic qui peuvent être propos des entozoaires; elles sont souvent motivées par des lom- fréquence est connue. Les erreurs ont lieu soit parce que l'on ur présence, soit parce que, dans les pays où leur existence est leur attribue à tort des phénomènes qui en sont complétement . Dans les deux cas, la confusion est surtout commise à propos des erveux cérébraux ou convulsifs, et j'avoue pour ma part ne l'avoir hez un enfant pris de coma, de convulsions avec grincements de bisme, et à propos duquel mon erreur a persisté (comme c'est l'or- u'à l'expulsion de nombreux lombrics par l'anus. Cette expulsion t tout fait disparaître. C'est principalement dans les faits qualifiés *catalepsie*, *convulsions* épileptiformes ou choréiques, *ménin-* ue le diagnostic présente de nombreuses incertitudes.

S VERMICULAIRES, *fig.* 37. — Les mêmes symptômes nerveux peuvent- ter à la présence des oxyures dans le u pourtour de l'anus, leur siége ordi- ce qu'il me paraît impossible de déci- tat actuel de la science, malgré l'opi- lques auteurs.

mptômes particuliers, les oxyures oc- e plus souvent des phénomènes locaux. abord des *démangeaisons* considé- out la nuit, à la région anale, parfois *ouleurs* très-vives. Dans certains cas, nes filles, l'envahissement par les vers génitales occasionne une *leucorrhée* , ou provoque des habitudes de *ma* L'excitation sympathique des organes ut suffire seule pour provoquer la ma- ans les deux sexes, même chez l'homme tine). Marchand (*Gaz. des hôp.*, 1847) omme une conséquence des oxyures la *e du sphincter*, et Hervieux a communi- iété des hôpitaux, en mars 1859, un fait très-remarquable, dans lequel



Fig. 37. — Oxyure. — *a*, mâle. *b*, femelle. *c*, extrémité céphalique montrant les trois nodules et le gonflement aliforme. *d*, extrémité caudale du mâle. *e*, extrémité caudale de la femelle. *f*, œuf.

un spasme anal très-douloureux s'accompagnait d'éructations fréquentes, de borygmes, de flatuosités, de dysurie, et enfin d'évacuations dysentériques sentant cette coïncidence particulière, que chaque vingt-quatre heures il en même temps une selle naturelle de matières comme passées à la filiè crut successivement, dans ce fait, à une *fissure* à l'anus, à une *dysent* même à une *dégénérescence organique*, que firent rejeter la constitution du malade (35 à 40 ans) et ses antécédents. L'expulsion des oxyures par l' tion d'un purgatif (huile de ricin) vint seule éclairer sur la nature de la m

Ici donc, comme pour les lombrics, l'apparition des entozoaires au d est le seul signe qui puisse donner la certitude au diagnostic ; mais heu ment il suffit assez souvent d'écarter les plis rayonnés de l'anus pour y co la présence des oxyures, que leur couleur blanche, leur aspect filiforme et mouvements décèlent aussitôt. Certains enfants rendent des myriades entozoaires dans des garderobes semi-liquides, et parfois sans rien resse particulier que quelques coliques avant l'évacuation.

Davaine a vainement cherché les ovules des oxyures dans les selles de vidus affectés de cet entozoaire. L'examen microscopique ne peut d pareil cas, être utile au diagnostic, qui, dans les faits douteux, se base pr palement sur les phénomènes insolites vers le rectum, survenant sur soir. J. Cruveilhier a observé un enfant chez lequel des douleurs intolér la région de l'anus, se montrant chaque nuit, firent croire d'abord à des dents intermittents ; la découverte des oxyures mit fin à la méprise (*Dict. médec. et de chir. pratiq.* en 15 vol., art. ENTOZOAIRES).

C. TÉNIAS. — On sait qu'il existe trois espèces de ténias, qui occup partie supérieure de l'intestin grêle : 1° le *ténia solium*, comprenan l'homme deux variétés : le *ténia armé* avec sa double couronne de cro *fig.* 38 et 41, et le *ténia inerme* (non armé), *fig.* 39 et 42 ; 2° le *bothri phale*, *fig.* 40 et 43 ; 3° le *ténia nana*, observé seulement en Égypte. Or, données symptomatiques, qui sont les mêmes pour les trois espèces, of la plus grande ressemblance avec celles qui sont dues aux lombrics, ainsi l'a fait observer le docteur Louis. Seulement, lorsque l'existence des helmi est soupçonnée, on doit plutôt penser qu'il s'agit d'un ténia si l'on a affaire adulte, et de lombrics si c'est un enfant. Pour le ténia, comme pour les au entozoaires, son expulsion (ordinairement par fragments) est seule pathogno nique.

Legendre, qui a étudié, d'après trente-trois observations, les symptô veux que détermine le ténia, insiste sur la nécessité de s'assurer s'i précédemment expulsion de ses fragments, toutes les fois qu'une per homme surtout, éprouve des phénomènes nerveux insolites et vari ceux que j'ai rappelés plus haut. Il recommande non-seulement de former auprès du malade et de lui décrire les caractères physiques reconnaît les fragments de ténia, mais encore de faire administrer ou de l'huile de ricin, comme moyen de diagnostic, pour provoquer sion (*Arch. de méd.*, 1850, t. XXIII).

On s'expliquerait difficilement la longueur considérable du ver par les fragments nombreux expulsés par certains malades, si l'on ne compte du développement du ténia. Les travaux modernes ont établi, trois individualités distinctes pour l'*embryon*, la *tête* et les *anneaux*. anneau ou article, c'est là le fait principal à rappeler ici, constitue un ind parfait. Chacun de ces anneaux, qui sont produits successivement *par gem tion* par la tête ou scolex, présente les deux sexes et produit les *ovules*.



Fig. 39.



Fig. 40

… solium armé (grandeur naturelle). Fragments pris de distance en distance depuis la … derniers anneaux, faisant voir la forme successive de ces anneaux. L'ordre des … leur disposition d'avant en arrière. Aux fragments *e*, *f*, *g*, les pores génitaux laté… …rents (Davaine, *Entozoaires*).

… solium de l'homme, inerme (grandeur naturelle). Fragments pris de distance en distance. …ttres indique leur succession d'avant en arrière. De *c* en *g*, les pores latéraux sont …ne).

…océphale de l'homme (grandeur naturelle). Fragments pris de distance en distance. L'ordre …ique leur situation relative, de la tête à l'extrémité postérieure. En *c*, *d*, *e*, *f*, le pore …t visible et central. *g*, derniers anneaux ratatinés après la ponte (Davaine).



Fig. 42.



Fig. 43.

… du ténia de l'homme, armé, grossie douze fois et vue sous deux aspects.

… tête du ténia de l'homme, inerme, vue sous deux aspects, grossie cinq fois (voyez celle … *fig.* 41). *k*, œuf mûr du même ténia, grossi trois cent quarante fois (Davaine, *Ento-*…

… tête de bothriocéphale de l'homme, grossie six fois et vue sous deux aspects.

ovules, circulaires pour le ténia solium, et ovoïdes pour le bothrioc
vent-ils être constatés au microscope dans les selles ? Cela parait
teux si le ver est intact, suivant Davaine. Les ovules ne peuvent
dans la plupart des cas, comme les fragments du ténia, à reconnaît
Les anneaux du ténia solium s'isolent fréquemment et constitue
vers particuliers (*cucurbitins*) ; ils ont leurs organes génitaux *sur l*
Les anneaux du bothriocéphale, quadrilatères et bien plus lar
jamais isolés (à l'état de cucurbitins), et ils ont les ouvertures gé
leur centre. Je dois rappeler que le ténia solium est bien plus rép
bothriocéphale, qui n'est bien connu qu'en Europe (dans les cont
de la mer, des lacs ou de certains fleuves), tandis que le ténia s
observé dans les quatre parties du monde.

D. Trichocéphale, *fig.* 44 et 45. — Cette espèce de ver, qui est
d'une ténuité qui le rend peu visible, quoiqu'il ait 37 à 50 mil
longueur, occupe princi
cæcum, moins souvent le
quefois l'intestin grêle ;
comme l'ascaride. Suivant
ignore complétement les
symptomatiques qu'il dét
pendant Félix Pascal (*Ch*
des voies urin.), cité pa



Fig. 44. — Trichocéphale de l'homme. — 1, mâle (grandeur naturelle) ; 2, femelle (grandeur naturelle) ; 3, extrémité céphalique grossie ; 4, extrémité caudale du mâle grossie. — *a*, anus ; *bb*, spicule ; *c*, gaine du spicule (Davaine).

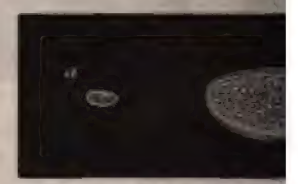


Fig. 45. — Œuf du trichocéph
— *a*, grossi soixante-dix fois.
rante fois (Davaine).

signalé des accidents cérébraux qu'on a cru devoir attribuer à cet h
Barth a observé un fait dans lequel il y eut des symptômes de ménin
mort, et sans autre lésion qu'un amas considérable de trichocéphal
testin. Cet entozoaire pourrait donc donner lieu à des désord
graves comme les lombrics et le ténia. Mais dans les cas d'ailleur
nels de ce genre, c'est encore l'examen du ver expulsé qui peut tran
tion. Cette expulsion n'a lieu que chez les malades atteints de *dia*
ou de *dysenterie.* L'examen microscopique des matières féca
diagnostic facile et certain, dit Davaine, les œufs de ces vers se
grand nombre dans les matières évacuées (*Traité des Entozoair*
Ces œufs sont ovoïdes, renflés à leurs extrémités et de 0mm, 653
fig. 45.

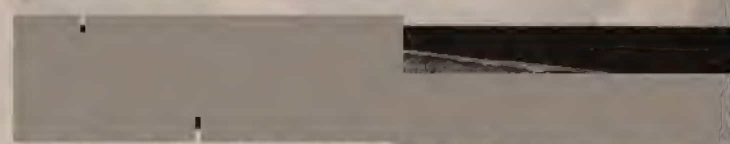
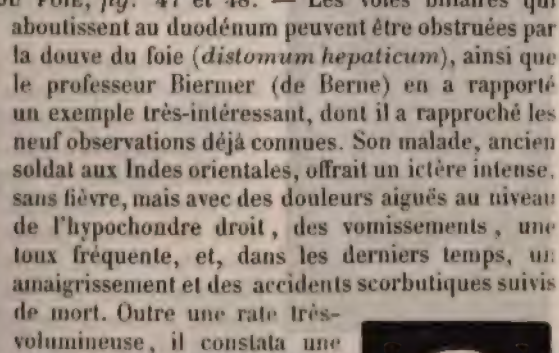


Fig. 46. — Anchylostome mâle. — 1, grandeur naturelle ; 2, fortemnent grossi. — *a*, spi
bourse caudale ; *c*, ouverture de l'organe excréteur située près de l'œsophage ; *d*,
avec un noyau de cellule apparent ; *e*, circonvolution du tube génital (d'après Bilh

LOSOME DUODÉNAL, *fig.* 46. — Observé à Milan (Dubini) et en Égypte arz et Griesinger), cet entozoaire n'a que 6 à 9 millimètres de occupe le duodénum et surtout le jéjunum, où il s'attache profon- muqueuse : d'où de petites et fréquentes saignées qui, suivant détermineraient l'anémie grave que l'on a dénommée *chlorose* ais une seule autopsie, avec épanchement sanguin et des milliers nes fixés chacun au centre d'une petite ecchymose, sert de base à de voir (Davaine, *loc cit.*, p. 118).

OU DISTOME DU FOIE, *fig.* 47 et 48. — Les voies biliaires qui aboutissent au duodénum peuvent être obstruées par la douve du foie (*distomum hepaticum*), ainsi que le professeur Biermer (de Berne) en a rapporté un exemple très-intéressant, dont il a rapproché les neuf observations déjà connues. Son malade, ancien soldat aux Indes orientales, offrait un ictère intense, sans fièvre, mais avec des douleurs aiguës au niveau de l'hypochondre droit, des vomissements, une toux fréquente, et, dans les derniers temps, un amaigrissement et des accidents scorbutiques suivis de mort. Outre une rate très-volumineuse, il constata une douve obturant le canal cholédoque (*Arch. de méd.*, 1864).



...ne hépatique (non grossi huit fois. Il ...és chez un homme. ...uccale. *b*, ventouse ...œsophage. *dddd*, ...e l'intestin; elles ...parentes partout à ...contraction.

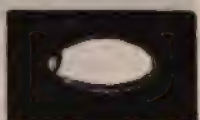


Fig. 48. — Ovule du distome hépatique grossi 107 fois et traité par la potasse caustique pour séparer l'opercule.

G. PROTOZOAIRES. — Des infusoires qui ne se rencontrent pas dans les fèces dans l'état sain peuvent y être constatés dans les flux de ventre. Des *vibrions* ont été trouvés dans les selles des cholériques par Pouchet (1849), Rayney et Hassall. Davaine en a rencontré aussi dans les garderobes des phthisiques, et, de plus, il a signalé des *cercomonas*, *fig.* 49, dans les selles des individus atteints du choléra (1853). Enfin Malmsten a attribué la diarrhée et la lienterie, dont deux de ses malades ts, à de nombreux protozoaires *paramécien*s qu'il a le premier s cette condition. Ces différents protozoaires, qui périssent dès



...monas de ...s trois cen... Deux se ...avaine).

ères fécales sont refroidies, n'ont jusqu'à présent qu'une valeur très-secondaire.

...aires dans d'autres organes.

chose à dire de la présence des entozoaires dans d'autres organes que les organes digestifs. Je n'ai qu'à signaler ceux des voies urimuscles.

RINAIRES. — Les voies urinaires chez l'homme sont-elles atteintes aires? Suivant la remarque de Davaine, on n'y a trouvé, en dehors *géant*, que des protozoaires (vibrions et monades), des corps verdes vers d'espèces indéterminées ou mal déterminées, des vers intes-

tinaux ou des hydatides erratiques, des concrétions sanguines, et des ou des larves d'insectes tombées accidentellement dans l'urine. Le sp et le *dactylius aculeatus* ne seraient entozoaires fictifs. Cependant Harley a co Cap de Bonne-Espérance, dans l'urine lade atteint d'hématurie, des œufs d'un appartenant à un *distomum hæm fig.* 50, et même un embryon parfait. L' en serait ici le principal symptôme, comm strongle.



Fig. 50. — Distome hæmatobie mâle et femelle fortement grossis. — *a*, *b*, *c*, femelle en partie contenue dans le canal *gynæcophore*. *d*, le corps vu par transparence dans le canal. *e*, *f*, *g*, *h*, *i*, le mâle. *i*, ventouse buccale. *k*, ventouse ventrale; entre *i* et *k*, le tronc; en arrière de *k*, la queue (d'après Bilharz).

Le *strongle géant*, dont il n'existe q nombre d'exemples chez l'homme, occasio en effet, des *hématuries*, de *violentes do* des *phénomènes graves* semblables à ceu culs rénaux; mais le diagnostic ne saurait par la seule considération des symptômes dans un cas exceptionnel il y ait eu, sui nais (*Revue méd.*, 1846), un *sentiment tion* au niveau du rein affecté, avec *o visible* à travers les parois abdominales. cas où l'uretère est perméable, Davaine la constatation avec le microscope des œu avec l'urine, et les symptômes de la prés corps étranger dans les reins ou la ves raient donner la certitude de l'existence d' dans ces parties. Les œufs du strongle so grand nombre, brunâtres et volumineux ($0^{mm},07$ à $0^{mm},08$; largeur, $0^{mm},04$.)

B. Organes génitaux de la femme. — Donné a signalé dans le ginal la *trichomonade vaginale*, *fig.* Valentin, Siebold et Vogel ont cru que que de l'épithélium vibratile, cependa a confirmé la découverte de Donné. Ce monade ne se rencontre pas dans le ginal sain, mais seulement quand ce m ferme des bulles d'air qui lui donnent écumeux.



Fig. 51. — Trichomonade vaginale.

C. Muscles. — Depuis la découverte de la *trichina spiralis* en 1832, il en avait été peu parlé jusqu'à ces dernières années. Mais l a pris de grandes proportions, et a dû être traitée à part dans cet ouvr Trichinose).

On a vu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1862, un vieillard de soixante-di qui présentait une foule de petites tumeurs sous-cutanées de la gros haricot, et qui furent prises pendant la vie pour des tumeurs fibro C'étaient des *cysticerques*, *fig.* 52, dont plusieurs centaines purent êt des muscles; un beaucoup plus grand nombre occupait le tissu conj autres organes (*Soc. de biologie*, 3e série, t. V, 1863. Paris, 1864). O aussi des cysticerques dans l'encéphale.

Il n'a été question dans cet article ni des *vers vésiculaires*, déno chinocoques, dont j'ai traité au mot Hydatides, ni de la *filaire de Méd* gonneau, vers de Guinée), entozoaire nématoïde qui habite les régions

corps, et dont il a été question à propos des PARASITES animaux. SITES).

ysticerques ladriques al- vieillesse, provenant des cerveau de l'homme. — l'un muscle) dont la ve- ire est devenue mûrifor- is est presque oblitéré; é, la vésicule extérieure iversée, la vésicule in- côté opposé au pertuis, de renflements vésicu- idu (du cerveau), vésicule gmée, pertuis encore a, rostre et couronne de ce cysticerque, enseveli nt noir; grossi cent sept idu (du cerveau) portant s; le corps et la tête dans le prolongement qui les; 3 a, tête de ce cys- is quarante-deux fois et é; elle avait acquis une normale, ses crochets (deux ont été retrouvés kyste); 3 b, même tête, issement, mais compri- ventouses et le rostre ar du pigment (Davaine).



ES. — La position normale des épaules peut être irrégulière par érentes conditions pathologiques qu'il ne faut pas perdre de vue. Le et principalement les déviations supérieures de la colonne vertébrale lifier leur symétrie, l'épaule qui correspond à la convexité de la sco- lus élevée et plus saillante en arrière que celle du côté opposé. Le nt d'un des côtés de la poitrine produit habituellement un *abaisse-* ste de l'épaule correspondante par rapport à l'opposée (*Voy.* PLEU- n une des épaules ou toutes les deux éprouvent, principalement au apulum, des déplacements par suite de la *contracture*, de la *pa-* le l'*atrophie* des muscles qui s'insèrent à cet os. C'est ce que mon- res 53, 54, 55 et 56, empruntées à Duchenne (*Électrisation loca-* t.).

mations de l'épaule méritent une sérieuse attention. Les dernières tes à l'impossibilité d'exercer certains mouvements, sont, en effet, d'autant plus importants des contractures ou des paralysies que je peler, qu'elles constituent des données diagnostiques qui sont sou- tement constatées par le médecin et qui peuvent par conséquent le la voie du diagnostic. C'est ainsi que l'épaule peut être maintenue au contraire complétement abaissée, ou portée fortement en avant; peut faire saillie sous la peau par son bord spinal en forme d'aile s est porté en avant; son angle inférieur peut en s'élevant se rap- l'épine vertébrale, etc. On trouvera aux articles CONTRACTURES PARALYSIES les détails nécessaires sur la valeur de ces différents verra que ces affections, localisées dans les muscles de l'épaule,

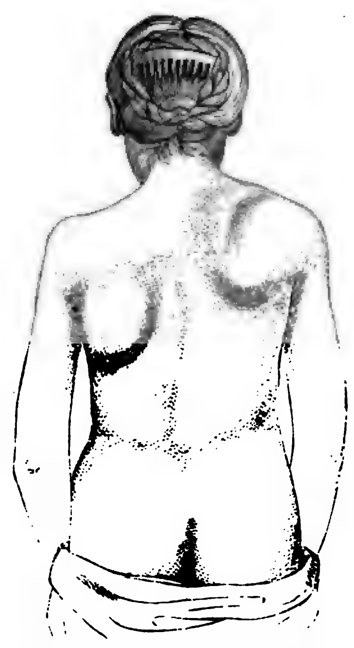


Fig. 53. — Contracture de l'angulaire de l'omoplate; élévation de l'épaule.



Fig. 54. — Atrophie et paralysie du gra[illegible] telé. — B, scapulum droit faisant sa[illegible] aile, le bras porté en avant.

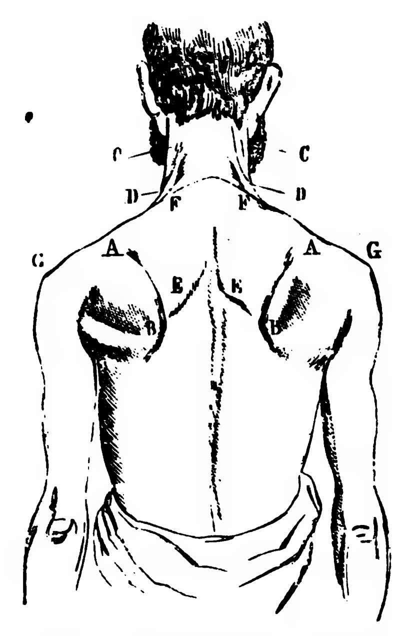


Fig. 55. — Atrophie et paralysie des muscles trapèzes. — AA, angles supérieurs des omoplates écartés. BB, angles inférieurs plus rapprochés au contraire de la ligne médiane. Épaules baissées.



Fig. 56. — Contracture du rhomboïde [illegible] relief de ce muscle contracturé, c, an[illegible] férieur de l'omoplate remonté et rapp[illegible] l'épine vertébrale.

ent expliquer certaines lésions des mouvements apparents de la *main* ou t de l'*avant-bras*.

s antécédents, les conditions dans lesquelles les phénomènes observés sont us, et, comme mode d'investigation, l'impossibilité de certains *mouve-*s, la réalisation de certains autres, l'*inspection* surtout, la *palpation* et en-nploi de l'*électrisation localisée* : tels sont les moyens à l'aide desquels ive à constater les signes dont l'épaule est le siége.

HÉMÈRE (Fièvre). — Cette affection légère, appelée aussi *courba-* est une fièvre qui survient brusquement et qui cesse ordinairement après quatre heures; rarement elle se prolonge deux ou trois jours.

la rencontre principalement chez les enfants et les jeunes gens à la suite lents exercices, d'écarts de régime, d'émotions vives, de l'insolation à un ardent. Elle marque le début d'une foule de maladies aiguës peu graves, ment de la congestion pulmonaire idiopathique, dont elle est un des meil-aractères, comme je l'ai signalé (*Voy.* CONGESTIONS). Elle débute par une ilité au froid, un sentiment de fatigue, de prostration, du brisement dans mbres et dans les lombes, et de la sensibilité à la pression des diverses du corps. La face est naturelle ; il y a de l'anorexie, une soif plus ou vive ; la langue est blanchâtre, les pouls fréquent, plein, régulier, la peau ; il y a une céphalalgie parfois intense, propension au sommeil qui peut npagner de rêvasseries et même de délire, puis tout rentre dans l'ordre : iefois, après une moiteur ou une sueur assez abondante, une *épistaxis* parition d'un *herpès* aux lèvres et plus rarement à la vulve, à l'anus ou puce. Un état passager de fatigue peut succéder à cette fièvre.

diagnostic ne présente aucune difficulté. Si l'on pouvait avoir quelque de croire, vu les localités, que l'on a affaire à une fièvre intermittente, dans le le frisson et les sueurs sont pourtant mieux caractérisés, il suffirait ıdre la reproduction de l'accès. Cependant il faudrait prendre garde, dans ıtrées palustres, de considérer comme de simples fièvres éphémères des trompeurs de nature pernicieuse et qu'il serait imprudent de laisser re-ire. Dans le doute, en pareil cas, il vaut mieux croire à une fièvre d'accès r en conséquence.

IDÉMIE. — Lorsqu'il règne une épidémie dans une contrée ou dans un oisin de celui où l'on observe, la connaissance de ce fait éveille l'atten-lu médecin, et par cela même facilite le diagnostic dans beaucoup de cir-ances. Mais, d'un autre côté, il faut se tenir sur ses gardes pour ne pas urs admettre l'existence de la maladie épidémique dès que l'on constate plusieurs symptômes analogues à ceux qui la caractérisent. C'est surtout but des épidémies que les erreurs de diagnostic peuvent être désastreuses.

PIGASTRE. — Cette région, dont il a été déjà question à l'article ABDO-correspond : en haut, au lobe gauche du foie qui peut, lorsque cet organe ès-augmenté de volume, envahir toute la région épigastrique ; à l'estomac, ncréas, et, plus profondément, à l'aorte, au tronc cœliaque et à ses divi-s, à la veine cave inférieure, et à la colonne vertébrale. Quoique l'accumu-n du tissu adipeux sous-cutané soit moins abondante à l'épigastre qu'à la n inférieure de l'abdomen chez les personnes obèses, l'embonpoint y est condition défavorable à l'exploration. D'un autre côté, la maigreur pro-cée et la flaccidité des parois abdominales peuvent faire percevoir des sensa-s physiologiques qui en imposent pour des phénomènes pathologiques ; tels la saillie de la colonne vertébrale et les battements de l'aorte, qui peuvent croire à une tumeur, à un anévrysme.

Les *signes* que l'on constate à l'épigastre sont, à part la douleur, des physiques. — Les *douleurs* dont le malade rapporte le siége à l'épiga que l'exploration y découvre, ont une grande importance pratique, et l gine ou leur siége doivent être recherchés avec le plus grand soin, pa cette constatation est souvent la base la plus sûre du diagnostic. — O douleurs, on peut constater à la région épigastrique : des *petites sailli* cutanées sensibles à la vue ou seulement au toucher au niveau ou sur l de la ligne blanche (HERNIES), ou bien une *distension* générale de l'é due à la DILATATION de l'estomac ou du côlon par des gaz, à une tu foie ou au refoulement de la masse intestinale par une ascite ou par une abdominale considérable. La palpation, qui fait constater assez fréqu des *tumeurs* à l'épigastre, pourrait induire en erreur, si l'on n'était pré faisant prendre pour une tumeur du pylore la saillie résistante de la par rieure du muscle droit, portion limitée par une intersection aponé (*Voy.* TUMEURS). L'épigastre peut encore être le siége de battements dont la valeur a été discutée ailleurs (*Voy.* PULSATIONS), et dont l'inter donne lieu à des erreurs assez fréquentes.

Pour la distinction anatomique des lésions qui ont leur siége à l'é voyez les articles consacrés aux différents organes qu'on y rencontre.

ÉPIGLOTTE. — Cette soupape, placée à l'entrée des voies res profondes, est revêtue d'une muqueuse fine qui peut s'*enflammer*, et a menter de volume au point de former une saillie globuleuse, rouge, visi le pharynx, ainsi que je l'ai vu dans un cas de pharyngite à Cochi moins rare que l'épiglotte soit le siége d'une *infiltration séreuse* (œ la glotte), d'*exsudats divers* qui l'envahissent après s'être développés dans les parties voisines, et d'*ulcérations* qui détruisent quelquefois l' en grande partie. Enfin il peut y avoir *paralysie* des mucles aryténo-épigl

Les symptômes fonctionnels qui résultent des lésions de l'épiglotte conséquence de l'occlusion incomplète de la glotte au moment de la dé Ils consistent dans une suffocation passagère due à la pénétration dans du liquide ou du solide à ingérer, et parfois dans son rejet par le ne ment de la toux.

L'épiglotte est rarement accessible à la vue, sauf à l'aide du laryn mais elle n'est pas située si profondément dans le pharynx qu'on ne pu teindre avec l'extrémité de l'indicateur (*Voy.* PHARYNX), qui peut a son augmentation de volume, son degré de souplesse et ses ulcérations l'ont détruite dans une assez grande étendue. Le doigt touchant l'épig un excellent guide pour l'introduction de la sonde laryngienne (*Voy.* L

ÉPILEPSIE. — L'épilepsie est une névrose que l'on a cherché quer par des hypothèses diverses : troubles circulatoires cérébraux, alt du sang, pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière et pri ment de la moelle allongée. Ces hypothèses, émises par Bouchet et Caz Henle, Frerichs, Todd, Marshall-Hall, Brown-Sequard, Foville fils (1857), ne sont pas assez rigoureusement déduites des faits cliniques p applicables à la pratique, ainsi que l'a démontré Jules Falret (*Arch. d* 1859, t. XIV). Beau et Leuret ont publié deux très-bons Mémoires s maladie (*Arch. de méd.*, 1843). Trousseau en a fait le sujet de plusieur leçons (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*). Herpin (de Genève) et Delasi traité de l'épilepsie dans des ouvrages spéciaux importants.

1° *Éléments du diagnostic.* — L'épilepsie est essentiellement car par des accès de courte durée, ordinairement convulsifs et toujours marq

perte de connaissance et de sensibilité. Ils se présentent sous deux formes la physionomie est tout à fait différente. Dans l'une, dite *grand* ou *haut* , la convulsion domine; dans l'autre, dite *petit mal*, c'est le vertige. Tantôt ces s sont précédés de prodromes de congestion cérébrale ou d'autres troubles eux qui n'ont rien de caractéristique , et tantôt d'un signe prodromique coup plus important qui précède immédiatement l'attaque, d'une *aura*, tion variable et tout à fait particulière, douleur, prurit, froid, chaleur, se oppant tout à coup dans un orteil, un doigt, un membre, ou dans un point onc ou de la face, pour remonter graduellement jusqu'au cerveau. Aus-arrivée là, il y a *perte de connaissance* et développement de l'accès. Que lade pousse ou non un *cri*, il tombe ordinairement privé de sentiment; ême temps le corps se raidit avec ou sans frémissement musculaire, otte se ferme, la *respiration* se suspend, les *yeux*, la *face* et le *cou* rtent, se tuméfient et prennent une *teinte violacée*, les veines *jugulaires* dendent, le *pouls* est faible et petit; après quelques secondes, des *se-es convulsives* se succèdent, s'accompagnant d'expirations brusques qui ent hors de la bouche une *mousse blanche* parfois teinte de sang. Enfin uscles se détendent plus ou moins rapidement, une *respiration bruyante*, nde et stertoreuse s'établit, le pouls devient plus fort, et, sauf une *hébé-* intellectuelle et une *lassitude générale*, qui elles-mêmes se dissipent plus oins rapidement, tout revient en l'état primitif pour un temps plus ou s long. Par leur plus ou moins d'intensité, ces symptômes peuvent varier à ni. — Les vertiges constituent un second ordre d'accès dans lequel il n'y a s souvent ni cri, ni chute, ni convulsions générales. Ici les phénomènes ne nt pas seulement par leur intensité, mais ils diffèrent tellement, suivant les idus, qu'il serait impossible d'en donner une description générale. C'est ce fait remarquer Beau, qui a parfaitement signalé ces différences (*Arch. de* ., 1836, t. XI). Ainsi quelquefois l'individu sera surpris tout à coup dans conversation, et pourra au bout d'une seconde achever la phrase qu'il aura nencée; d'autres fois, il tombera comme foudroyé et restera une demi-e privé de sentiment et d'intelligence, sans qu'il y ait, comme dans l'accès ulsif, aucun désordre musculaire. Tantôt l'individu ne pourra ni parler mouvoir, l'intelligence étant à demi conservée; souvent il y aura quelques vements convulsifs, des actes désordonnés, des paroles incohérentes. Enfin, s les cas les plus nombreux, d'après les relevés de Beau, l'individu a le ps de s'asseoir, tombe ou fléchit; sa face est pâle, immobile, les yeux sont s et hagards, ou bien il y a quelques légers tremblements des membres supé-rs et de la face. Il reste ainsi quelque temps; peu à peu il s'anime, il se lève n air étonné. Enfin l'intelligence reparaît graduellement après une durée des nomènes de deux à trois minutes.

En dehors de ces accès, il existe d'autres particularités que j'aurai à rappeler.

Inductions diagnostiques. — Il semble au premier abord que rien ne t plus simple que de reconnaître l'épilepsie lorsqu'elle est caractérisée par phénomènes que je viens d'exposer. Il en est ainsi, en effet, pour les cas lesquels la maladie est déjà ancienne, lorsqu'elle s'est caractérisée par des s plus ou moins multipliés, entre lesquels l'état général des fonctions a pré-té les modifications particulières suivantes, qui concourent à établir le dia-stic. La face de l'épileptique, suivant la remarque d'Esquirol, finit par pré-ter comme caractères : le *gonflement des paupières*, l'*épaississement des* res, l'*incertitude du regard*, la *dilatation des pupilles*. L'affaiblissement uel de l'intelligence et de la mémoire (*démence*) qui succède à des accès

Les *signes* que l'on constate à l'épigastre sont, à part la douleur, de physiques. — Les *douleurs* dont le malade rapporte le siége à l'épi que l'exploration y découvre, ont une grande importance pratique, et gine ou leur siége doivent être recherchés avec le plus grand soin, p cette constatation est souvent la base la plus sûre du diagnostic. — douleurs, on peut constater à la région épigastrique : des *petites sail* cutanées sensibles à la vue ou seulement au toucher au niveau ou sur de la ligne blanche (HERNIES), ou bien une *distension* générale de l'é due à la DILATATION de l'estomac ou du côlon par des gaz, à une tu foie ou au refoulement de la masse intestinale par une ascite ou par un abdominale considérable. La palpation, qui fait constater assez fréq des *tumeurs* à l'épigastre, pourrait induire en erreur, si l'on n'était pré faisant prendre pour une tumeur du pylore la saillie résistante de la pa rieure du muscle droit, portion limitée par une intersection apon (*Voy.* TUMEURS). L'épigastre peut encore être le siége de battement dont la valeur a été discutée ailleurs (*Voy.* PULSATIONS), et dont l'inter donne lieu à des erreurs assez fréquentes.

Pour la distinction anatomique des lésions qui ont leur siége à l'é voyez les articles consacrés aux différents organes qu'on y rencontre.

ÉPIGLOTTE. — Cette soupape, placée à l'entrée des voies res profondes, est revêtue d'une muqueuse fine qui peut s'*enflammer*, et menter de volume au point de former une saillie globuleuse, rouge, vis le pharynx, ainsi que je l'ai vu dans un cas de pharyngite à Cochi moins rare que l'épiglotte soit le siége d'une *infiltration séreuse* (œ la glotte), d'*exsudats divers* qui l'envahissent après s'être développé dans les parties voisines, et d'*ulcérations* qui détruisent quelquefois en grande partie. Enfin il peut y avoir *paralysie* des mucles aryténo-épig

Les symptômes fonctionnels qui résultent des lésions de l'épiglott conséquence de l'occlusion incomplète de la glotte au moment de la dé Ils consistent dans une suffocation passagère due à la pénétration dans du liquide ou du solide à ingérer, et parfois dans son rejet par le m ment de la toux.

L'épiglotte est rarement accessible à la vue, sauf à l'aide du lary mais elle n'est pas située si profondément dans le pharynx qu'on ne pu teindre avec l'extrémité de l'indicateur (*Voy.* PHARYNX), qui peut son augmentation de volume, son degré de souplesse et ses ulcération l'ont détruite dans une assez grande étendue. Le doigt touchant l'épi un excellent guide pour l'introduction de la sonde laryngienne (*Voy.*

ÉPILEPSIE. — L'épilepsie est une névrose que l'on a cherché quer par des hypothèses diverses : troubles circulatoires cérébraux, al du sang, pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière et pr ment de la moelle allongée. Ces hypothèses, émises par Bouchet et Ca Henle, Frerichs, Todd, Marshall Hall, Brown-Sequard, Foville fi 1857), ne sont pas assez rigoureusement déduites des faits cliniques applicables à la pratique, ainsi que l'a démontré Jules Falret (*Arch.* 1859, t. XIV). Beau et Leuret o blié deux très-bons Mémoires maladie (*Arch. de méd.*, 18 leçons (*Clinique méd. d* traité de l'épilepsie d

1° *Éléments du* par des accès de

répétés, les accès de *manie* subite et assez souvent furieuse, et les *désirs éro-tiques* au point d'anéantir toute pudeur (Leuret), sont fréquemment observés; le *strabisme*, des *tics* particuliers et d'autres troubles nerveux sont plus rar Suivant Jules Falret, les troubles intellectuels observés chez les épilepti doivent être divisés en trois catégories principales : 1° ceux qui se produi avant, pendant ou après l'attaque épileptique, et qui peuvent être consi comme un simple épiphénomène de l'accès convulsif; 2° ceux qui existent p dant les intervalles des attaques; 3° enfin ceux qui ont une plus longue du qui constituent une véritable folie et qui surviennent sous forme d'accès (*Ar gén. de méd.*, 1860, t. XVI).

C'est dans les faits de ce genre, qui sont observés principalement dans maisons d'aliénés, que les commémoratifs dénotent le plus souvent une *frayeur* comme *cause* première de la maladie. Je crois cette cause beau plus fréquente qu'on ne le pense ; il me paraît d'autant plus urgent de la rec cher par un interrogatoire attentif, que c'est une donnée étiologique fort au diagnostic. Chez un maniaque homicide soumis autrefois à mon observ et sujet à de violentes céphalalgies, l'écume desséchée sur un des côtés d bouche me fit découvrir des accès nocturnes d'épilepsie, et plusieurs inter toires vinrent confirmer le diagnostic en apprenant que les douleurs de tête (r nant après les accès) remontaient à une frayeur qu'éprouva le malade en se craquer sous ses pieds la glace d'une rivière gelée. J'ai vu un autre malade at de delirium tremens, chez lequel des hallucinations terrifiantes produisire ma présence une première attaque d'épilepsie, à laquelle le prédisposait d leurs son alcoolisme, épilepsie dont la cause occasionnelle aurait pu facile échapper. L'*hérédité* est aussi une circonstance dont il faut tenir compte.

En dehors des symptômes et de la particularité étiologique que je vie rappeler, il faut avoir égard à la *marche* essentiellement chronique de la ladie et au retour des accès à des intervalles à peu près déterminés chez le m individu, sans que l'on puisse, comme l'a fait remarquer Leuret (*Arch. de m* 1843, t. II), prévoir le jour où l'accès aura lieu. Les accès peuvent d'ailleu rapprocher de manière à constituer des espèces d'attaques, pendant lesqu on voit quelquefois survenir la mort par asphyxie. Dans les intervalles des gr accès, il peut exister, ainsi que l'a fait remarquer Herpin (de Genève), des m festations comitiales, crampes, convulsions partielles, spasmes viscéraux, v tiges, etc., qu'il signale comme étant *des attaques réduites à leurs sy tômes initiaux, ou avortant à une période plus ou moins avancée de cours*. Ces accès incomplets, quoique diversifiés, sont toujours ou presque jours semblables chez le même épileptique (Herpin, *Des Accès incomplets d'é pilepsie*, 1867, œuvre posthume).

L'épilepsie qui se présente avec ces différents caractères ne permet p moindre doute; c'est bien à une maladie particulière, bien déterminée par symptômes pendant la vie, que l'on a affaire. Mais la facilité du diagnostic loin d'être la même lorsqu'il s'agit du début de la maladie, ou bien d'accès *épileptiformes* survenant dans le cours d'autres affections, et que l'on pou tout aussi bien dire *épileptiques*, tant la similitude des symptômes et des accè complète. C'est ce qui a fait considérer par Trousseau les congestions céré apoplectiformes comme de véritables attaques épileptiques (*Voy.* CONGESTI

A ne considérer que les accès convulsifs, la pratique ne tarde pas à convai en effet, que la détermination des accès franchement épileptiques et des dits épileptiformes n'est pas aussi facile, pendant la vie, qu'on l'expose dan livres. Cela vient de ce que la distinction est arbitrairement fondée sur une par

ouvent ne se reconnaît qu'après la mort : *l'absence ou l'existence n cérébrale*. Aussi qu'arrive-t-il? C'est que, même parmi les cas d'é- :onique paraissant idiopathiques, on en trouve qui présentent des lé- la mort, tandis que des accès d'épilepsie véritablement idiopathique ître pris à leur début pour des accidents épileptiformes symptomatiques. ficulté a été parfaitement comprise par les pathologistes qui, pour distinction anatomique de l'épilepsie et des accidents épileptiformes, : à formuler les caractères différentiels des deux formes. L'*aura* et de l'*écume* par la bouche ont été signalées comme caractères dis- a névrose épileptique. Mais l'aura a été rencontrée plusieurs fois dans ies dues à des tumeurs cérébrales, et il y a même plus : Ball a vu un : espèce, dans lequel l'explosion des accès, dus à une tumeur de la et annoncés par une aura siégeant autour de la bouche, était arrêtée nalade, sentant apparaître cette aura, se frappait la joue et les lèvres, ne grande quantité d'eau froide (*Recueil de la Soc. d'obs.*, t. II). l'ailleurs un signe beaucoup plus rare qu'on ne le pense, puisque · une moyenne annuelle de soixante-dix à quatre-vingts admissions es à la Salpêtrière, dit n'en avoir rencontré qu'un seul cas bien en quatre années (*Union méd.*, 1865). L'expulsion de l'écume est peu pathognomonique que l'aura, car elle se produit avec les autres dans les accès dits épileptiformes.

rononcer dans les cas douteux où les accès sont récemment apparus, is oublier que des accès épileptiformes ou, pour être plus explicite, '*épilepsie symptomatique*, avec les phénomènes convulsifs rappelés peuvent éclater dans le cours de l'*hystérie* (hystéro-épilepsie), carac- *menstruation tardive* (?), l'*éclampsie*, la *congestion* ou l'*hémor-* :brales, la *paralysie générale* des aliénés, l'*alcoolisme chronique*, *on* saturnine, l'*albuminurie*, la présence d'*entozoaires* dans ombrics ou ténias). Il me suffit de rappeler ces conditions patholo- d'autres particularités symptomatiques font habituellement recon- ; qui quelquefois ne se caractérisent au premier abord que par des ›tiformes, comme l'intoxication saturnine, les entozoaires, l'albumi- areil cas, il suffit au praticien d'être prévenu pour qu'il ne s'égare ie fausse route.

parait pas non plus nécessaire d'établir un diagnostic différentiel tre les accès épileptiques, idiopathiques ou symptomatiques, et les impsie, d'hystérie ou de catalepsie. L'*éclampsie* se rencontre dans des particulières, la grossesse, l'accouchement, le début d'une fièvre , la dentition chez l'enfant, ce qui suffit pour la différencier de l'épi- isseau). Les accès franchement *hystériques* s'en distinguent en ce orme est essentiellement clonique et expansive, que l'intelligence iolie dès le début, non plus que la sensibilité, qu'ils se prolongent endant une demi-heure, sans être suivis d'un sommeil comateux. — accès de *catalepsie*, leur forme tonique, avec absence de toute se- vulsive et l'immobilité des attitudes données aux membres, ne per- s de les méconnaître.

sente ici une question de diagnostic différentiel que nous ne saurions s silence : celle de l'*épilepsie simulée*. Aug. Voisin en a fait voir ortance dans le travail qu'il a publié dans les *Annales d'hygiène* dans lequel il signale un nouveau moyen de diagnostic de l'épilepsie non simulée dans les caractères sphygmographiques du pouls. En

cherchant dans l'état physique de ses malades de Bicêtre quelques sign ne pussent en aucun cas être imités ni produits à volonté par des simul il trouva dans l'emploi du sphygmographe de Marey un signe « dépend l'ébranlement du grand sympathique retentissant dans tout le système des moteurs et par conséquent dans les artères des membres. » Ce signe, s contra suite cès d' sie vra défaut ceux lepsie lée.

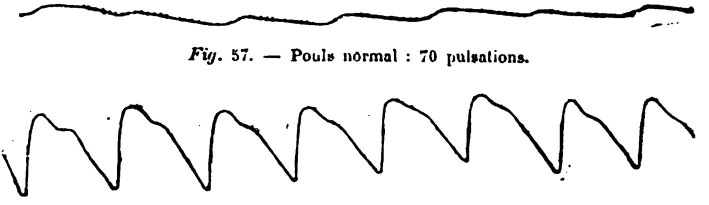


Fig. 57. — Pouls normal : 70 pulsations.

Fig. 58. — Dix minutes après le début d'une attaque convulsive : 88 pulsations.

Dans cas d sie vraie, le tracé du pouls pris quelques minutes et jusqu'à une dem après l'accès diffère du tracé du pouls normal du malade par une ascen la ligne trois ou quatre fois plus grande à chaque systole cardiaque, le montrent les figures 57 et 58, empruntées au travail d'Aug. Voisin.

Un tracé analogue a été obtenu chez un autre épileptique vingt-cinq après l'accès. Dans tous les faits de ce genre la tension artérielle est di d'une re Ce q eu en parti noter les f servé Aug. c'est

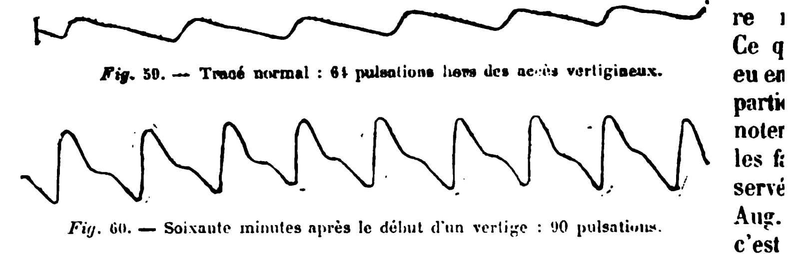


Fig. 59. — Tracé normal : 64 pulsations hors des accès vertigineux.

Fig. 60. — Soixante minutes après le début d'un vertige : 90 pulsations.

dans les accès simplement vertigineux, le même phénomène de tensio rielle diminuée s'est constaté également, même une heure après la c des accidents, comme le montrent les figures 59 et 60.

Pour donner aux tracés sphygmographiques qui précèdent toute leur tance, il faut savoir qu'au lieu de la diminution de la tension artérielle c chez l épile on tr contr suite cès s d'épil c'est- l'augm tion d tensio

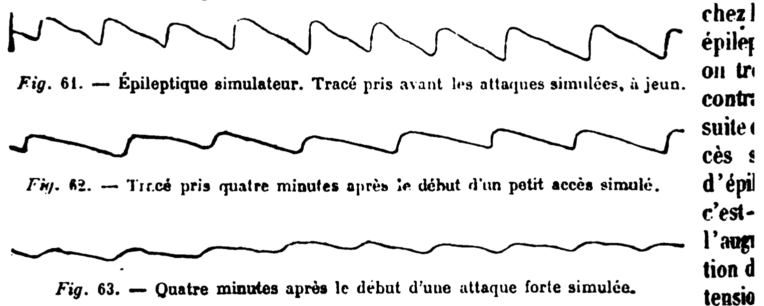


Fig. 61. — Épileptique simulateur. Tracé pris avant les attaques simulées, à jeun.

Fig. 62. — Tracé pris quatre minutes après le début d'un petit accès simulé.

Fig. 63. — Quatre minutes après le début d'une attaque forte simulée.

rielle, démontrée par les tracés des trois figures 61, 62, 63. Ces tracés fournis par un individu très-habile à simuler l'épilepsie, et qui n'a a supercherie, datant de plusieurs années, qu'après avoir été sûr qu'il avait é au service militaire.

g. Voisin s'est assuré que, chez les vrais épileptiques, un violent
, une course rapide s'accompagnent non de diminution de la ten-
l-
e
l,
,
-

Fig. 64. — Tracé pris aussitôt après une course rapide.

ugmentation de cette tension, comme le prouve la figure 64, obtenue
isin chez l'épileptique dont il est question plus haut, figures 57 et 58.
tats intéressants, obtenus avec toutes les précautions désirables
, méritent une sérieuse attention.
tant l'épilepsie, ai-je dit, il est souvent difficile de décider s'il existe
lésion de l'encéphale ou de la moelle épinière. Cependant il sera
possible de se prononcer pour l'existence d'une *tumeur*, si avec
ivulsifs coexistent des troubles chroniques intellectuels différents de
ordinaire des épileptiques, ou des troubles des sens ou de la sensi-
ile. — Des cicatrices, suites de nécroses à la face, peuvent révéler la
ilitique de l'épilepsie, comme l'a vu Trousseau chez une malade
xante ans (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. II). L'existence préalable
e syphilis constitutionnelle pourra aussi faire soupçonner qu'une
ra-crânienne est la cause des accès épileptiques, ainsi que Gambe-
blié un exemple. Mais si les accès convulsifs sont le premier signe
té, il sera difficile de diagnostiquer une épilepsie symptomatique,
: cas où des signes de tuberculisation pulmonaire avancée per-
soupçonner un tubercule cérébral. — Le diagnostic, lors du début
e, fut aussi très-obscur dans le fait remarquable rapporté par Graves
méd., t. I), et relatif à un malade devenu épileptique longtemps
hute sur la tête; la lésion qui était l'origine des accès se manifesta
par une tumeur au sommet du crâne, tumeur qui s'abcéda en don-
des fragments osseux. — Les troubles propres aux affections de la
ère montreront qu'une lésion de cet organe est le point de départ
e observée, si les accès convulsifs sont survenus ultérieurement.
tant l'existence de l'épilepsie, on détermine en même temps sa
gineuse ou convulsive. Pajet a vu les accès francs d'épilepsie être
ar des accès de rire convulsif, avec spasme tétanoïdes et mouve-
oires particuliers (*British and foreign med. chir. Rev.*, 1861).
t sous la forme convulsive que l'on peut s'attendre à la voir se compli-
ation mentale (manie, démence), d'*hystérie*, de *catalepsie*, d'*in-*
cérébrale, de *paralysies partielles*, sans compter les *blessures* qui
s chutes subites, la *section de la langue* par les dents, etc. Les
épileptiques dans le feu sont fréquentes, et souvent il en résulte
cicatrices de la face, qui sont, ainsi que les *ecchymoses*, des sti-
font deviner l'existence de la maladie lorsque, en même temps, il
stupidité caractéristique de la face résultant de l'obtusion intellec-
gade et Raynaud ont précisé les complications de l'épilepsie en les
ur trois cent seize épileptiques observés à Bicêtre. Un tiers avait été
out accident, et les deux autres tiers en avaient éprouvé de plus ou
s : des morsures, des accidents nerveux, des hémorrhagies diverses,
, plus rarement des fractures, luxations, entorses : telles sont les com-
stées, dans leur ordre de fréquence, sans compter la mort survenue
dant l'accès (*Gaz. hebdom.*, 1865). Lunier a vu deux fois la
survenir par suite de rupture du cœur (*Gaz. des hôpit.*, 1865),

rupture que l'on doit sans doute attribuer à une dégénérescence grais

3° Le *pronostic* de l'épilepsie est très-grave; mais la maladie n'est pa jours nécessairement mortelle lorsqu'elle n'est pas symptomatique d'une irrémédiable des centres nerveux. On a dit la forme vertigineuse plus d reuse que la forme convulsive, mais sans le démontrer. C'est par la rép fréquente des accès, surtout lorsqu'ils constituent des attaques penda quelles les accès qui se succèdent coup sur coup entretiennent la perte d naissance et les congestions cérébrale et pulmonaire, que la mort est à cra elle a lieu alors par *asphyxie*. Dans les chutes subites, à l'invasion des ac malade peut se tuer sur le coup, ou par suite soit d'une chute dans l'eau.

On doit à Herpin (*Du Pronostic et du Traitement curatif de l'épi* d'avoir démontré que la guérison de l'épilepsie peut être obtenue be moins rarement qu'on ne le pensait, et d'avoir fait connaître le critère au duquel on peut mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les cha guérison. Chez les malades qui n'ont que des vertiges, s'ils ne durent pas plus de dix années, la guérison paraît être presque constamment assu pronostic est tout à fait favorable au-dessous du nombre de cent acc vulsifs, peu favorable de cent à cinq cents, et défavorable au-dessus de cin J'ai pu vérifier la justesse de cette règle générale appliquée à une jeu lade, à laquelle j'ai donné des soins il y a quelques années; elle avait moins de cent accès qui étaient parfaitement caractérisés et survenus à d'une frayeur très-vive. La guérison, due à l'oxyde de zinc pris penda mois, s'est parfaitement maintenue. Georget a fait remarquer que la sus des accès avait lieu pendant tout le cours d'une maladie accidentelle e mais qu'ils reparaissaient ensuite. On a aussi vu les accès se suspendre lo à la suite d'une énorme hémorrhagie. Ce n'est que par exceptions très-ra l'on a constaté des guérisons spontanées. J'en ai observé une très-rema chez une femme atteinte de démence par suite d'une épilepsie déjà cienne; les accès se suspendirent, peu à peu l'intelligence se rétabli rétablissement durait depuis plusieurs années lorsque je cessai de voir lade. Diday a observé une épilepsie qu'il a attribuée à la syphilis chez cien vérolé, et qui a guéri par l'iodure de potassium (*Gaz. méd. de Lyon*

ÉPIPLOONS. — Occupant simultanément les différentes parties de men, à moins que la masse intestinale ne soit refoulée par un épanchen une tumeur considérable, les replis du péritoine qui portent le nom ploons sont le siége d'un seul genre de lésions qui puissent être constat l'exploration de l'abdomen : ce sont les TUMEURS qui s'y développent. meurs, de nature diverse, siégent dans les ganglions ou hors des gangli ne peuvent être senties à la palpation qu'autant qu'elles n'occupent pas l fondeurs de l'abdomen.

ÉPISTAXIS. — Cette hémorrhagie des fosses nasales, dite aussi r *rhagie*, est extrêmement fréquente. Plus loin, à propos des HÉMORRHAGI indiqué bien des particularités de son diagnostic, sur lesquelles je ne rev que d'une manière incidente.

1° *Caractères.* — Ce n'est que par exception que l'épistaxis, considé général, est précédée des signes précurseurs d'un *molimen* hémorrhagi si les anciens ont tant insisté sur ces prodromes, c'est qu'ils ont fréque envisagé comme tels des symptômes propres à la maladie dont l'épistaxis elle-même qu'un signe. Cette hémorrhagie se manifeste par l'écouleme sang hors des cavités nasales, si l'individu est levé. — Le sang qui s' par les narines, cas le plus ordinaire, est d'une abondance très-variable et p

ıble. Rarement on peut voir, en examinant l'intérieur des cavités
mme l'a indiqué Gendrin, s'écouler le sang du point qui le four-
ıe, pendant le décubitus, le sang s'écoule du côté du pharynx, on
ıalade opérer fréquemment des mouvements de déglutition, et, si
'arrière-bouche, on constate alors que le liquide sanguin s'écoule
la paroi postérieure du pharynx, d'où il est dégluti vers l'estomac.
ıséquences de l'épistaxis, lorsqu'elle est très abondante, on voit
a pâleur, la petitesse du pouls, le refroidissement des extré-
ı un mot les signes communs aux grandes pertes de sang. Le sang
estomac provoque au bout d'un certain temps des nausées et même
nt de caillots simulant une *hématémèse ;* de même que, les jours
sang passe dans les intestins et sort par l'anus, combiné aux ma-
on peut croire à une *hémorrhagie intestinale*. Enfin le sang de
ıté avec une certaine quantité d'air dans le pharynx, et devenu ainsi
eux, peut, selon Borsieri, être craché et simuler une *hémoptysie*.
n a pratiqué le tamponnement des fosses nasales nécessité par l'a-
'hémorrhagie, le sang reflue quelquefois par les points lacrymaux,
si une hémorrhagie de la *conjonctive*.

›ns *pathologiques* et *signification*. — L'épistaxis étant reconnue,
·cher la condition pathologique. Rarement il y a une lésion ulcé-
›olype qui peuvent l'expliquer. Il en est de même des sangsues qui
uire des épistaxis après avoir pénétré dans les cavités nasales des
n Algérie par exemple, boivent et reniflent de l'eau dans les mares
›s où ces annélides se trouvent en abondance (Baizeau, *Arch. de*
. II). Dans presque tous les cas d'épistaxis, il n'existe aucune lésion
›s l'épistaxis est le plus souvent symptomatique d'affections locales
ı de maladies générales diverses que j'ai rappelées ailleurs
RHAGIES).

ıte affection thoracique produisant un obstacle mécanique au cours
ux, et principalement au niveau de la veine cave supérieure (tu-
s orifices du cœur, provoque facilement l'épistaxis, qui n'est alors
ıomène très-secondaire. Cette hémorrhagie a été signalée comme
ıs les maladies du foie. Elle n'est pas rare non plus dans le cours
le la grossesse.

hémorrhagies multiples qui accompagnent certaines maladies
ıës ou chroniques, au nombre desquelles je rappellerai surtout les
cachexies, le purpura hémorrhagique, le scorbut, l'hémophilie,
, des manifestations hémorrhagiques, la plus fréquente. Son im-
me signe est surtout manifeste dans l'affection typhoïde vers son
ıe, par conséquent, le diagnostic peut présenter le plus d'obscurité.
que l'épistaxis est primitive lorsque, en dehors de toute affection
i puisse la produire, on la voit survenir chez des sujets qui ont
ıon forte, ou qui se sont exposés à une température élevée, à l'in-
ı régime excitant, ou qui ont fait abus de boissons alcooliques.
n'a de gravité que par son extrême abondance, à laquelle on peut
le tamponnement des fosses nasales (*Voy.* HÉMORRHAGIES).

IRES. — *Voy.* PARASITES.

ITES. — *Voy.* TÉNESME.

IONS. — *Voy.* PRIAPISME.

ISME. — *Voy.* INTOXICATIONS.

IVES (Fièvres). — Les fièvres éruptives forment un groupe de

maladies générales distinctes par les phénomènes fébriles qui se montr
leur invasion, par une éruption exanthématique essentiellement transi
aiguë, par une marche habituellement régulière dans ses phases ou p
(incubation, prodromes, éruption, desquamation), et enfin par leur nat
démique et contagieuse.

La *variole*, la *scarlatine*, la *rougeole*, la *miliaire*, l'*érysipèle de*
quoique non contagieux, et certaines *urticaires*, composent ce gr
maladies, dont il faut éloigner les éruptions cutanées habituellement
ques. Celles-ci peuvent quelquefois être aiguës, et alors précédées d'un
peu durable, comme l'herpès plus ou moins généralisé, l'acné, l'e
l'eczéma, le purpura.

Le signe pathognomonique des fièvres éruptives est l'éruption elle-mên
que ses caractères ne peuvent être mis en doute. Malheureusement cette
est plus ou moins tardive suivant la maladie. Jusqu'à ce qu'elle se soit mon
ne peut que soupçonner la nature de la maladie à la fièvre et à la na
prodromes du début : coryza, toux et larmoiement pour la rougeole ; ang
turale pour la scarlatine ; douleurs lombaires et papules pharyngienn
la variole ; engorgement des glandes sous-maxillaires (suivant Chom
l'érysipèle de la face. Lasègue (*Voy.* ANGINES) a insisté sur la grande
tance qu'il faut attribuer aux angines des fièvres éruptives comme p
manifestation de l'éruption ; mais ces prodromes empruntent à l'éruption
une grande partie de leur signification. Nous verrons à l'article THERM
le parti qu'on peut tirer de la constatation de la chaleur fébrile avant
rition de l'éruption, pour diagnostiquer une fièvre éruptive.

Cette éruption, lorsqu'elle est encore incomplète, ou qu'elle se d
irrégulièrement et n'a plus dès lors l'aspect spécial qui lui est propre,
même un sujet de difficultés et d'incertitude. Telles sont : l'éruption de l
à la période papuleuse ; celles de la rougeole et de la scarlatine, qui
être prises l'une pour l'autre ; et même l'érysipèle de la face, qui est
fois simulé par certaines maladies infectieuses. Barthez et Rilliet sig
rougeur résultant de l'injection de la peau dans la pneumonie des
comme pouvant simuler une fièvre éruptive. — La desquamation qui
les éruptions a aussi sa valeur, soit par son siége, soit par ses caractères
à chaque fièvre éruptive.

La *forme* de la maladie est un élément important de diagnostic don
tenir compte. On doit, en effet, en présence d'une fièvre éruptive bie
tatée, décider si elle est :

1° *Régulière*, ou *irrégulière* (anomale) ;

2° *Bénigne*, ou *grave* (maligne) ;

3° *Simple*, ou *compliquée*.

En se posant ces questions, on ne peut négliger de constater : si la
est à la fois régulière, bénigne, simple, ou bien qu'il existe des anomal
la durée de l'incubation, dans le mode d'invasion, dans les caractèr
durée de l'éruption ou de la desquamation ; si les symptômes en partic
dans leur ensemble ont un caractère de gravité inquiétant, qui a fait
par les anciens une forme maligne dont la nature n'est pas mieux con
jourd'hui qu'autrefois ; si, enfin, il existe des complications. Ces compl
apparaissent et se développent à toutes les périodes : au moment de l'i
comme le délire et les convulsions chez les enfants ; au moment de l'é
comme les hémorrhagies. D'autres peuvent n'être reconnues que dans
de la maladie éruptive (pneumonie, broncho-pneumonie), ou pendan

squamation et plus tard même, comme la maladie de Brigth qui a scarlatine, et dont la cause est si importante à déterminer pour le On y parvient en recherchant des traces de la desquamation et en avec soin les antécédents.
stic dépend de la nature même de la maladie, de sa forme particu- n degré et des complications (*Voy.* ÉRYSIPÈLE de la face, ROUGEOLE, , URTICAIRE, VARIOLEUSES [Affections], et THERMOMÉTRIE).
PÈLES. — Les inflammations de la peau auxquelles on a donné ce que sont décrites dans tous les traités de pathologie chirurgicale ; beaucoup de circonstances l'érysipèle, simple, phlegmoneux ou , est constaté comme complication des maladies internes.
nouveau-nés, l'érysipèle du tronc accompagne le plus souvent l'in- de l'ombilic ou la phlébite ombilicale (Trousseau, Thore); mais il pas considérer, avec certains observateurs, la coloration de la peau agne le sclérème comme un signe d'érysipèle du premier âge. La fuse et généralisée du sclérème se distingue facilement de la rou- scrite de l'érysipèle (Hervieux, *Soc. des hôpit.*, 1855). — Chez es érysipèles se développent dans différentes parties du corps au grand nombre de maladies, tantôt au voisinage d'une lésion qui en déterminante, plaie quelconque, eschare, phlegmatia alba dolens, maladies du cœur, etc., et tantôt au niveau d'une partie saine en Dans ces différentes circonstances, l'érysipèle est dû à une cause ou à une cause générale, comme celle qui résulte d'une maladie e typhoïde ou autre) et dans laquelle l'érysipèle survient comme com- e plus souvent il est dû à ces deux ordres de causes simultanément.
èle de la face chez l'adulte doit-il être rapproché des érysipèles nt d'être question? Cela ne fait aucun doute pour ceux qui pensent seau (*Journ. de méd.*, 1844) qu'une lésion locale très-minime, ulcé- rficielle des paupières ou des narines, inflammation chronique des les, écorchure aux oreilles, ou toute autre lésion insignifiante en suffisent pour produire la maladie. Mais tous les pathologistes ne s ainsi. A mon avis, l'érysipèle de la face doit être rangé, dans le nombre des cas, parmi les fièvres éruptives, dont le rapprochent son habituellement régulière, ses phénomènes généraux et locaux, et l'angine érysipélateuse, analogue aux angines morbilleuse, scarlati- oleuse, et constituant comme elles une manifestation importante de e. De plus, la terminaison par desquamation, et sa cause souvent , viennent à l'appui de cette manière de voir sur l'érysipèle de la agnostic de la maladie envisagée ainsi doit être examiné à part.

PÈLE DE LA FACE.

ents du diagnostic. — Après vingt-quatre heures ou plus de symp- éraux fébriles, ou, comme premier symptôme dans certains cas, on ître un *rougeur plus ou moins foncée* dans un point de la face (le irement au niveau du nez ou dans son voisinage), rougeur avec *dou-*, avec sentiment de *chaleur*, et *tuméfaction* manifeste formant sur une sorte de bourrelet. Ce bourrelet est visible et senti surtout par le i perçoit aussi la résistance et l'inégalité un peu granulée des parties Le gonflement inflammatoire peut atteindre le *tissu cellulaire sous-* e qui augmente encore la tuméfaction, rend les *mouvements dif-* *obstrue les ouvertures* voisines, les yeux, les narines, le conduit uvent les ganglions sous-maxillaires sont sensibles et engorgés, même

avant l'éruption, suivant Chomel (ce qui dépend de l'*angine érysipélateu*
Une *desquamation* au niveau des parties affectées succède à la résolution,
se fait dans le même ordre que l'envahissement des parties de proche en pr
à la face, puis au cuir chevelu, où l'érysipèle se manifeste par une *intumesc*
comme œdémateuse, légèrement rosée et très-douloureuse à la pression.
un assez grand nombre de cas, l'érysipèle n'a pas des caractères locaux
simples, comme je le rappellerai plus loin. Il peut de plus gagner la gorge
les conduits muqueux qui la font communiquer avec la face (conduits la
maux, nasaux, auditifs), et *vice versâ* apparaître d'abord dans la gorge et ga
ensuite la face. C'est là l'angine érysipélateuse.

Aux signes locaux, qui sont quelquefois les seuls observés, sauf un peu
malaise (comme pour certaines rougeoles ou scarlatines très-bénignes che
enfants), il se joint des *symptômes généraux* plus ou moins intenses se
les individus : pouls accéléré, chaleur générale, céphalalgie, anxiété, agit
nocturne, parfois somnolence, anorexie, langue blanche, bouche pâteuse,
nausées et même vomissements, constipation. ·

L'évolution complète de la maladie dure ordinairement deux septénaires.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'apparition de l'érysipèle de la face p
il être prévu avant que les symptômes locaux caractéristiques se soient ma
extérieurement? Chomel a pu annoncer l'éruption en constatant l'engorgem
douloureux et accidentel des ganglions sous-maxillaires. Il s'agissait sans do
dans cette circonstance, d'érysipèle débutant par le pharynx et s'éten
ensuite vers la face. La réalité de l'érysipèle pharyngien ne saurait être au
d'hui contestée, comme je le montrerai tout à l'heure. Mais voyons aupara
ce qui se passe à la face.

L'éruption une fois apparue, on ne saurait se méprendre sur la nature d
maladie, même lorsque cette éruption n'occupe qu'une petite partie de la f
mais à la condition de tenir compte de quelques particularités qui pourra
donner le change. L'épiderme, par exemple, est assez souvent soulevé, au ni
de l'éruption, en *vésicules* irrégulières ou arrondies, tantôt très-fines (érys
dit alors *vésiculeux*, *eczémateux*), tantôt atteignant les dimensions de vé
bles bulles (érysipèle *phlycténoïde*, *bulleux*, *pemphigoïde*); tantôt enfin
sont des pustules ou une sorte de miliaire par le fait de la purulence du liq
que les soulèvements épidermiques renferment. Ce liquide, habituellement
couleur ambrée, forme ensuite en se desséchant des *croûtes* jaunâtres ou
nâtres. L'invasion récente et aiguë de l'éruption suffira pour que ces caract
variés ne soient pas rapportés à une maladie cutanée autre que l'érysi
Cependant la forme pustuleuse d'un érysipèle de la face devra faire pen
l'existence possible de la MORVE, et rechercher s'il ne s'agit pas de c
insidieuse affection.

Ces phénomènes cutanés, qui peuvent envahir successivement toute la
et le cuir chevelu, ou rester bornés à une seule partie plus ou moins limi
ne sont pas toujours les seules manifestations de l'exanthème. Le pharynx
aussi être atteint par l'érysipèle, même avant qu'il se soit montré à la f
On a vu dès le XVIIe siècle des épidémies d'érysipèle dans lesquelles une p
ryngite érysipélateuse accompagnait l'éruption cutanée; et cette concomit
oubliée a été remise en lumière dans les dernières années. Cornil, dans
très-bon travail (*Arch. gén. de méd.*, 1862, t. XIX), a réuni des faits n
breux, non-seulement pour montrer la légitimité de la pharyngite érysipélat
mais encore ses caractères particuliers ou spéciaux, déniés par Aubrée (Th
1857). Ces caractères ne peuvent cependant pas toujours, suivant Cornil, suf

:. Mais il ne regarde pas moins cette pharyngite comme une espèce par sa cause et sa propagation de l'extérieur à l'intérieur, ou de la face, soit par les fosses nasales et les voies lacrymales, soit par les ıstache et le conduit auditif; 2° par ses caractères locaux, qui sont : ıbscure, foncée, uniforme, luisante, de la muqueuse pharyngienne; ı de *brûlure* et de *sécheresse* à la gorge, l'*engorgement doulou-* ıglions cervicaux et sous-maxillaires; quelquefois la production de *haryngiennes* éphémères et que remplacent bientôt des *mem- cées;* enfin la possibilité de la terminaison de cette pharyngite par comme l'érysipèle cutané. Jules Simon a communiqué en 1864 à dicale des hôpitaux de Paris un fait très-remarquable d'érysipèle narche rapide qui s'était étendu aux cavités buccale, pharyngée ›ù l'on trouva, après la mort, des lésions confirmatives de l'ex- ysipèle à ces parties, et notamment une *coloration écarlate, pour-* envahi la muqueuse de l'épiglotte, du larynx et des bronches tes, coloration s'accompagnant d'un peu d'épaississement dans cer- et ne disparaissant pas par la macération dans l'eau (*Bullet. et Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1864).

larités de l'érysipèle de la face sont établies par des faits très-pro- eut-on en conclure que l'érysipèle peut rester borné au pharynx ıne angine érysipélateuse sans manifestation de l'érysipèle à la ›e est possible; cependant elle ne saurait être scientifiquement absence de signes particuliers suffisamment probants.

de l'érysipèle de la face est graduellement envahissante, quel que de départ de l'éruption; son extension aux paupières qu'elle ıintient closes, et sa propagation au cuir chevelu la rendent très- ıporter par le malade. Cette extension graduelle, de sept à huit , est une donnée diagnostique à ne pas négliger. Il en est de même ›articularités étiologiques, comme l'existence d'une épidémie d'é- prédisposition de certains individus à contracter la maladie. On a é la contagion de l'érysipèle épidémique qui, suivant Cusack cité *'lin méd.*, trad. Jaccoud, t. II), est bientôt suivi de fièvres puerpé- arlatines de mauvais caractère. On a prétendu que l'érysipèle avait lésion locale pour point de départ. Mais on devra considérer comme les cas dans lesquels une lésion locale de la face, comme un im- a paru être la cause occasionnelle de l'érysipèle.

cède me semble démontrer l'impossibilité de confondre l'érysi- ce avec la rougeole ou avec la scarlatine, quoique l'on ait vu z le même individu un érysipèle de la face avec la rougeole. On on plus, au début de l'érysipèle, le confondre avec un *érythème* face, car l'état général joint aux progrès sensibles de l'éruption demain ne permettrait pas d'admettre une éruption érythémateuse. t la *forme* de la maladie seront naturellement établis en même sera reconnue. Quant aux *complications*, qui sont très-rares en is rappeler la *gangrène partielle* de la peau, ou du pharynx dans rares où il y a angine grave; les ulcérations du duodénum, s'ac- e vomissements bilieux persistants, qui ont été signalés par Lar- *'e méd.*, décembre 1864); et enfin les accidents cérébraux que l'on ıns preuves suffisantes, à la propagation de l'inflammation du cuir membranes cérébrales par les conduits vasculaires qui traversent ies des parois du crâne. Quelle que soit l'explication admise, on

voit en Angleterre, comme faits ordinaires et non exceptionnels, les phé
généraux les plus graves, et principalement les accidents cérébraux, a
pagner l'érysipèle de la face et occasionner souvent la mort.

3° *Pronostic.* — Ce que je viens de dire démontre que la gravité
maladie varie suivant les pays. Les habitudes invétérées d'intempérance
que dans les classes inférieures d'outre-Manche expliqueraient-elles
nostic fâcheux de l'érysipèle de la face chez nos voisins? Quoi qu'il en
faits d'érysipèle de la face suivi de mort sont rares parmi nous, à moin
maladie ne survienne comme affection secondaire et complication d'une
préexistante. Chaque jour, en effet, on peut vérifier la justesse de la loi
formulée par Louis, que l'érysipèle de la face se termine favorables
se déclare chez un individu auparavant bien portant, sauf au-delà de
soixante ans.

L'érysipèle de la face, quoique survenant comme maladie secondai
exercer quelquefois une influence favorable sur l'affection primitive,
cela a lieu pour certaines *scrofulides*.

ÉRYTHÈMES. — On peut dire que l'érythème est l'affection ex
tique la plus mal connue et la moins bien étudiée, non dans sa form
bénigne et la plus simple, mais dans les nombreuses variétés d'érup
l'on a comprises sous le même terme.

1° *Éléments du diagnostic.* — Dans sa forme *simple* et bénigne, l'
est caractérisé par des taches d'un rouge assez vif, à limites vagues
cielles, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, et qui
fois le siége d'un léger sentiment de cuisson, surtout quand la partie
le siége est exposée à une vive chaleur. Il n'existe alors ni saillie ni tu
de ces taches; mais il n'en est pas de même dans les variétés dites
papuleux et érythème noueux.

Dans la forme *papuleuse*, il existe de petites plaques arrondies, lé
saillantes, semblables à des papules, d'abord rouges, puis violacées
d'un ou de deux jours, avant de disparaître tout à fait. — L'érythème
qui s'observe à la partie antérieure des jambes, et quelquefois aux
supérieurs chez les femmes et chez les jeunes sujets, surtout ceux à co
molle, est un érythème très-différent des précédents. Il est constitu
espèces de nodosités superficielles, légèrement saillantes à la vue, plus
au toucher, qui est plus ou moins douloureux, et au niveau desquell
une coloration diffuse, rosée ou d'un rouge sombre, qui devient lé
bleuâtre, puis jaunâtre comme un ecchymose, tandis que l'induration
lit. Le tout disparaît en dix ou quinze jours. — Il existe enfin sou
d'*intertrigo* un érythème qui se développe au niveau des plis cutané
palement chez les personnes grasses et chez les enfants, au-dessous des
aux aisselles, aux aines, à la partie interne et supérieure des cuisses. A
des points affectés, il survient quelquefois un suintement séreux dû à d
exulcérations, et qu'il ne faut pas confondre avec l'eczéma.

Rarement l'érythème est précédé de symptômes généraux, sauf l'
noueux et les autres formes d'érythème lorsqu'elles sont symptomatiq
le plus souvent alors la fièvre est éphémère.

La marche de l'éruption est variable, tantôt rapide et d'une durée de
huit heures, comme le *strophulus* des enfants au moment de la denti
tôt se prolongeant pendant un ou deux septénaires, comme l'érythème
tantôt enfin persistant plus longtemps, comme l'intertrigo et certains é
symptomatiques que je rappellerai plus loin.

ions diagnostiques. — L'érythème, que l'on désigne assez souvent
de roséole, est facile à diagnostiquer à ces différents caractères;
peut être confondu dans certains cas avec l'éruption de la rougeole
latine, non pas lorsque ces deux affections ont une marche régulière,
nsemble des symptômes est caractéristique, mais lorsqu'elles sont
irrégulières, et que l'éruption est fugace, comme on le voit dans
idémies. L'existence même de ces épidémies est un fait dont on
ars grandement tenir compte dans les cas difficiles de cette espèce.
nt du diagnostic, lorsque l'érythème est bien constaté en même
forme, est d'établir sa cause.

ette cause est accidentelle, comme l'*insolation*, l'action du *froid*,
e *liquides irritants* (flueurs blanches, flux blennorrhagique ou
, urines, matières fécales, fluide âcre du coryza). Certains médica-
es, comme le copahu, le cubèbe, l'iode, ou externes, comme le
inistré en bain chez les enfants (Diday), doivent aussi être signalés
HÈMES). Mais à propos des causes accidentelles, je dois attirer l'at-
l'origine des érythèmes peu étendus, et de forme ordinairement
servés principalement à la face et aux mains, érythèmes qui, pour
premier effet de parasites végétaux microscopiques (*Voy.* TEIGNES).
de cause accidentelle, on recherchera si l'érythème n'est pas un
e complication d'une maladie préexistante. Il peut apparaître, en
cours des maladies aiguës fébriles les plus variées, où son appa-
hémère et n'est souvent liée à aucun autre symptôme nouveau.
que l'éruption non scarlatineuse, signalée par Germain Sée comme
suite de la trachéotomie, dans les cas de croup, rentre dans les
mes symptomatiques dont il est question.

érythèmes aigus dont la cause est le plus difficile à déterminer se
mière ligne l'érythème *noueux*, attribué au rhumatisme par cer-
(Schœnlein, Begbie, Legroux, Trousseau), qui se fondent sur leur
observée chez quelques sujets. Mais cette coïncidence est bien loin
le, et je l'ai vue manquer notamment dans un fait d'érythème noueux
tout le corps, même à la face, et dont la cause n'a pu être déter-
mment, sans qu'il y eut traces de rhumatisme, j'ai observé à l'hô-
isière une jeune fille atteinte en même temps de varioloïde et
noueux des deux membres inférieurs, sans que la marche des deux
paru s'influencer réciproquement.

rythèmes, non plus éphémères, mais au contraire très-persistants,
es affections chroniques fréquemment observées. Je veux parler de
de la *scrofule*, qui se manifestent par des SYPHILIDES et des SCRO-
thémateuses, dont les caractères spéciaux, la marche extrêmement
uvent les symptômes concomitants, ne permettent pas de mécon-
ine. L'érythème tuberculeux de Willan me paraît devoir être rangé
e des scrofulides.

stic. — Quoique annonçant quelquefois un état grave de l'économie,
espèces d'érythème n'ont jamais rien de fâcheux par elles-mêmes.

ME. — *Voy.* GANGRÈNE.

FLEMENT. — *Voy.* DYSPNÉE.

AC. — Si l'estomac, qui occupe chez l'homme sain la plus grande
pochondre gauche et de l'épigastre, varie suivant son état de réplétion
é physiologiques, ces variations sont bien autrement considérables
e malade. On a vu dans ce dernier cas l'estomac se développer au

point d'atteindre inférieurement à droite l'épine iliaque antérieure et supéri et par conséquent on peut rencontrer tous les degrés intermédiaires de expansion pathologique. Les diverses parties de l'organe peuvent éprouver, i pendamment de son volume, des déplacements d'autant plus étendus qu' rapproche davantage de l'extrémité pylorique. Ces déplacements consistent nairement en une sorte de mouvement de rotation de l'estomac sur lui-m ayant pour centre l'insertion du viscère à l'œsophage et se dirigeant de d gauche et de haut en bas; il en résulte que le pylore, au lieu d'occuper un intermédiaire entre l'ombilic et les fausses côtes droites, peut se trouver plus ou moins bas, suivant le degré d'ampliation de l'estomac, et occu partie moyenne et même la partie gauche du ventre, ainsi que j'en ai ren un exemple. Les déplacements du pylore ne sont cependant pas toujo raison directe du degré de dilatation de l'estomac, car Duplay a fait ob que, loin de s'abaisser, l'extrémité pylorique pouvait se rapprocher du c l'ampliation stomacale ayant surtout lieu dans le sens de la grande cou Ces notions d'anatomie pathologique doivent être présentes à l'esprit du cien, car il trouve à en faire l'application assez fréquemment. Des faits bea plus rares sont ceux de refoulement de l'estomac vers l'hypogastre par su violentes convulsions hystériques. Une dépression épigastrique, une s variable vers l'hypogastre, et la sensation du passage des liquides ingér qu'au bas ventre, seraient les signes de ce déplacement (Briquet, *Trai l'hystérie*, p. 386).

1° Les *maladies* propres à l'estomac, ou qui ont dans cet organe leur m festation principale, sont d'ailleurs nombreuses. Elles comprennent : l'*hé rhagie* (hématémèse), la *gastrite* (qui est presque toujours secondair *gastralgie*, certaines *dyspepsies*, des *ulcérations simples*, le *canc vomissement nerveux*. Comme organe creux, l'estomac peut encore affecté de *dilatation*, de *rétrécissements* de ses orifices, de *perfor* et de *rupture*. Les maladies de cet organe sont souvent aussi le point de d d'accidents sympathiques cérébraux : de vertiges, de migraines, de sync

2° *Signes*. — Ces différentes affections donnent lieu à des signes ext ment nombreux, que je ne ferai qu'énumérer rapidement. — Les *dou* variées dont l'estomac est le siége sont spontanées ou provoquées, localisation dans l'estomac n'est pas toujours facilement démontrée. qui surviennent immédiatement après l'ingestion des aliments ou des b sont les seules que l'on puisse considérer d'une manière certaine c se produisant au niveau du ventricule. — Les *symptômes foncti* consistent principalement dans les troubles de la digestion stomacal diminution, l'augmentation ou la perversion de l'appétit, l'exagération soif, les nausées, les vomissements, etc. — Les matières vomies fourn encore des données très-utiles au diagnotic (*Voy*. Vomissements). — c'est surtout l'exploration de la région occupée par l'estomac qui fourn données précieuses.

3° *Exploration*. — Au moyen de l'*inspection*, surtout si les parois ab nales sont flasques, on peut quelquefois reconnaître exactement la occupée par l'estomac, qui forme une saillie représentant exactement sa ordinairement agrandie; d'autres fois, sans se dessiner aussi exacteme ses contours, il peut distendre la région épigastrique d'une manière se la vue. — Par la *palpation*, on peut, dans ce dernier cas, constater la tance élastique du ventricule distendu par des gaz, produire un g caractéristique si l'estomac distendu contient des gaz et du liquide (bruit de

écier l'existence des tumeurs dont l'estomac est le siége, constater et, jusqu'à un certain point, leur forme et leurs inégalités. conseillé de faciliter la palpation des parties profondes en faisant inde inspiration au patient. Chomel a fait remarquer de son côté tumeurs de l'estomac se sentaient seulement quand l'organe était les aliments, ou quand le malade était dans la station assise. — Par ı, on perçoit des bruits et des sensations différentes de résistance t la présence des gaz, des liquides ou des solides accidentels, et es tumeurs ou les rénitences que peut présenter l'organe. La e à la distension de l'estomac avec les signes généraux d'une a pu faire diagnostiquer une gastrorrhagie.

s signes étaient particuliers aux affections proprement dites de n ne serait facile comme la localisation de ces maladies. Il s'en eusement qu'il en soit ainsi : rien n'est plus commun que les astriques dans l'ensemble de la pathologie. Si l'on excepte les ›eptiques qui surviennent régulièrement après les repas, e manifeste de l'estomac, qui est la conséquence d'une maladie de cet organe (cancer du pylore), on peut dire qu'il n'y a pas autres signes qui, considéré en lui-même, ne puisse être sympaexe, et qui, par conséquent, ne puisse avoir une valeur contestable festation d'affection gastrique. Quoi de plus difficile à préciser, circonstances, que le siége de certaines douleurs épigastriques, des troubles fonctionnels de l'estomac, que la cause des vomisse-ıımeurs de l'estomac elles-mêmes peuvent être attribuées à d'autres parce qu'elles ont un siége insolite, soit parce que les troubles le l'estomac font défaut.

fections de cet organe, plus que pour tout autre, si ce n'est pourau, il faut se garder de baser son diagnostic sur un seul signe. compte de l'ensemble des signes observés, et, s'il en est un qui endre seulement pour point de départ, afin d'en rapprocher tous e faire une opinion (*Voy.* ÉPIGASTRE).

CTUEL. — *Voy.* EXAMEN DES MALADES.

ERVEUX. — *Voy.* NERVEUX (État).

JMENT. — Je rappelle ce phénomène parce qu'il peut révéler le ésion dans un organe, en y produisant une douleur plus ou moins ılement dans les organes abdominaux). L'éternument est quelque-état pathologique; il constitue alors une névrose spasmodique. On de ce genre persister pendant quatre-vingts heures consécutives Giessen, *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie* , p. 557, et *Union méd.*, 1860, t. V).

EMENT. — *Voy.* STUPEUR.

EMENT. — *Voy.* DYSPNÉE.

DISSEMENTS. — L'étourdissement, avec lequel les objets irner autour de nous, est à la fois, comme l'éblouissement, *congestion cérébrale* (par suite de *pléthore*) et un signe d'*ané-* **artie** du groupe de prodromes qui s'observent au début de l'*affec-le*, et peut aussi précéder la *syncope*. C'est comme conséquence estion cérébrale qu'on l'observe dans certaines *asphyxies*, *ladies du cœur* et des *gros vaisseaux* avec obstacle au cours du la *paralysie générale des aliénés*. Les étourdissements sont t unis aux éblouissements, comme dans la *névralgie générale*.

ÉTRANGLEMENT INTESTINAL. — *Voy.* Occlusions intestin

ÉVACUATIONS. — *Voy.* Fécales (Déjections).

ÉVANOUISSEMENT. — *Voy.* Syncope.

ÉVENTRATION. — Le relâchement extrême des parois abdominale écartement des muscles droits au niveau de la ligne blanche s'observe ass quemment chez les femmes qui ont eu des grossesses multipliées. Il en r une *gêne habituelle* dans le ventre, une sensation de *tiraillement* péni niveau des organes qui y sont contenus et que l'on pourrait attribuer à u autre cause. Le soulagement immédiat que procure l'usage d'une ceinture minale démontre que l'éventration est alors la véritable cause des m éprouvés par la femme.

EXAMEN DES MALADES. — De l'examen des malades décou bon diagnostic et par suite toute bonne thérapeutique. Cet examen est condition première de la pratique. Il motive de la part du médecin une rec et une étude analytique des phénomènes morbidies que présente la mala une opération intellectuelle synthétique qui lui fait grouper les phéno observés de manière à déterminer la signification de leur ensemble, et pa la maladie ou l'état pathologique cherché.

Cette double recherche est plus ou moins complexe. Ici comme en choses, l'intellect en exercice ne saurait être astreint à une règle ab cependant il risque de faire fausse route pour la solution des problèmes d gnostic qui s'offrent sans cesse à lui dans la pratique, s'il ne suit pas u méthodique connu d'avance. C'est principalement dans les premiers tem études cliniques que cette méthode est indispensable.

Les données du diagnostic s'obtiennent par l'*interrogatoire* et par l'e*ration,* qui se complètent l'un par l'autre.

En supposant que l'on ait à faire un examen complet du malade, co doit-on y procéder? Telle est la première question que j'ai à examiner; il m plus facile ensuite d'exposer quel est l'ordre d'idées à suivre pour arriv facilement aux conclusions diagnostiques et pronostiques qu'on en doit dé

A. Méthode d'investigation.

Elle a pour but la recherche ou la constatation : 1° des données que nomme *préliminaires;* 2° des *commémoratifs* ou anamnestiques; 3° de *actuel* du malade.

1° Questions préliminaires. — Je range dans les préliminaires la co sance de l'*âge*, de la *profession*, du *sexe*, qui sont autant de particulari peuvent influer sur les manifestations pathologiques. L'âge, comme on modifie la nature, la physionomie, la marche des maladies; les prof exposent à des affections particulières; il en est de même du sexe. Ces sitions ont été développées dans des articles particuliers (*Voy.* Ages, Professions); je n'ai donc qu'à les signaler.

2° Commémoratifs. — Ils doivent être recherchés antérieurement au de l'affection actuelle, puis à partir de ce début jusqu'au moment où le se soumet à l'observation. Mais la première chose essentielle à détermi de bien établir l'époque de ce début.

a. — *Fixation du début.* — Dans les maladies aiguës, il est ordinair assez facile à fixer : non cependant que l'on puisse s'en rapporter sur ce la première réponse des malades; car elle est ordinairement inexacte, part d'entre eux comptant pour rien les symptômes légers qui précèdent vent des symptômes graves, et ne fixant le début de leur maladie qu'au des vives souffrances ou de la cessation de leurs occupations.

r être certain d'avoir la vérité sur ce point, il faut, après avoir demandé ient depuis quand il est malade, savoir de lui s'il éprouvait auparavant de leur, quelque malaise dans un point quelconque du corps, en le ques- nt sur chacune de ses fonctions.

xation du début des maladies chroniques présente assez souvent plus de tés; mais avec un peu de patience on les surmonte et on arrive à la vé- très-près de la vérité, en aidant la mémoire des malades, c'est-à-dire en ppelant les événements principaux qui se sont passés dans le cours de ou des années antérieures, les saisons, les grandes variations atmos- ies, les solennités de toute espèce qui ont eu lieu, etc. (Louis, *Mém. de d'observ.*, t. I, Examen des malades).

· *Antérieurement au début de la maladie*, les commémoratifs seront hés dans les conditions *hygiéniques*, puis dans les *maladies* dont l'indi- ité atteint précédemment.

ivement aux données hygiéniques, on devra tenir compte, comme l'a arquer Louis, 1° du *régime habituel* antérieur, ce qui comprend à la fois tité et la qualité des aliments, double circonstance qui peut avoir une influence sur la marche et le développement des maladies, même spo- s; 2° du degré de *force* ou de *faiblesse*, d'*embonpoint* ou de *mai-* 3° du *genre de vie* régulier ou irrégulier, des *excès* de toute espèce; enre d'*habitation;* 5° des *vêtements :* toutes circonstances qui peuvent nme causes prédisposantes ou occasionnelles dans des conditions qu'il terminer.

lonnées pathologiques ou les maladies passées qui ont précédé la maladie seront aussi recherchées avec soin; et c'est avec raison que Louis, travail que je viens de citer, rappelle combien, pour ce genre de re- s, il faut de précautions dans l'interrogatoire et d'intelligence dans celui interroge, pour arriver à des résultats positifs. Il faut pour qu'il y ait le, non qu'il dénomme simplement la maladie, mais qu'il en indique les mes caractéristiques. On tiendra donc grand compte à cet égard du degré igence du malade.

· *A partir du début de la maladie actuelle*, l'investigation ne devra pas se ivre avec moins de soin. Il faut, par l'interrogatoire, étudier les *symp-* dans leur ordre de développement jusqu'au moment où l'on est mis en ce du malade, et les chercher en interrogeant toutes les fonctions. Il plus s'enquérir des *traitements* antérieurs et de leurs effets apparents, vent éclairer sur la nature de la maladie.

btient ainsi l'ensemble des éléments étiologiques, des caractères et de che des périodes passées de la maladie. Il reste ensuite à constater l'état

ÉTAT ACTUEL. — On peut établir comme une nécessité absolue de la pra- l'examiner successivement toutes les fonctions et par suite tous les or- accessibles à l'exploration, pour constater l'état actuel; car c'est le seul de recueillir tous les éléments du problème qui complètent ceux dont il écédemment question. Il résulte de là que l'étude de l'état actuel est fort dans son ensemble, puisqu'il comprend l'*habitude extérieure*, l'étude nctions *de relation*, et celle des *fonctions de nutrition*. Cette étude se rectement, à la simple vue ou par l'interrogatoire, ou enfin à l'aide de s moyens d'exploration que préconise la science moderne.

l'est donc pas juste de dire que les sens seuls de l'observateur recueillent s les éléments diagnostiques, comme *on l'a avancé*, et que l'exploration

physique ou matérielle suffit pour constater l'état actuel d'un malade. Ce de ces éléments, en effet, les douleurs spontanées et certaines sensations tionnelles perverties, par exemple, ne peuvent être accusés que par le m qui seul en a conscience.

a. — *Habitude extérieure.* — Dans l'exposé scolastique des phéno qui caractérisent l'habitude extérieure, on a coutume de comprendre non lement les signes que recueille immédiatement le médecin qui aborde le lade, mais encore tous ceux qui sont fournis localement par les moyens ques d'exploration. Je ne m'arrêterai pas à ces derniers signes, qui sont p blement recherchés dans l'exploration particulière de chaque région ou a organique. L'*attitude*, l'*état du visage*, le *volume* du corps et la *confor* des parties visibles, les *mouvements* des membres, de la tête ou des m respirateurs, la *fermeté* ou la *flaccidité* des chairs, la *couleur* de la pe *éruptions* dont elle est le siége, ses *solutions de continuité*, ses *cicat* les *battements* vasculaires, sont les particularités qui doivent être rap comme s'imposant seules à l'attention du médecin, dès qu'il se trouve e sence du malade. Il s'y joint assez souvent d'autres phénomènes secondai peuvent encore être autant de points de départ des inductions diagnostiq sont : l'altération de la *voix*, la *chaleur de la peau*, son *humidité*, la les *vomissements*, et les *matières* expectorées ou vomies.

Après la constatation de l'habitude extérieure, on explore les dif appareils.

b. — *Appareils organiques.* — J'aurais à entrer ici dans de grands à propos de l'examen de chaque appareil et de ses fonctions, si je ne les pas exposés dans autant d'articles qu'il y a, sous ce rapport, de régi d'organes considérés à part; chaque symptôme a aussi été traité isolém sorte que je n'ai qu'à grouper l'ensemble des données propres à chaque ap

L'examen doit être fait par séries anatomiques comprenant les *appare nutrition* (digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire) et les *appare relation* (nerveux, sensorial, musculaire, génitaux). Mais tout en se d'après l'ordre anatomique des organes, on ne devra pas perdre de vue points principaux qui viennent compléter, pour chaque organe ou foncti données de l'habitude extérieure. Ce sont successivement :

1° La *douleur*, qui est *spontanée*, ou *provoquée* par les actes fonct ou par l'exploration;

2° Les *phénomènes fonctionnels*, qui varient pour chaque organe;

3° Les *produits de sécrétion* ou d'*excrétion;*

4° L'*exploration* à l'aide de moyens immédiats ou médiats, comme l'I TION (dont je dois rapprocher l'emploi des instruments explorateurs, t l'ophthalmoscope, le laryngoscope, les spéculums, la loupe, les réactifs ques), la PALPATION et ses dérivés (application de la main, pression, t cathétérismes, etc.), la PERCUSSION, l'AUSCULTATION, la MENSURATION, l' TION.

Pour procéder avec méthode dans l'application de ces données aux d organes, il faut songer, pour chaque appareil, aux parties qui le compo aux fonctions qui leur sont dévolues.

Appareil digestif. — Ici l'on peut passer successivement en revue CHE, la LANGUE, les glandes salivaires, le PHARYNX (isthme du gosier, palais, amygdales et parties plus profondes), l'ŒSOPHAGE, l'ESTOMAC, l' grêle et le gros intestin (cœcum, côlon, rectum), l'ANUS; et comme le FOIE et les voies BILIAIRES, le PANCRÉAS, et enfin le PÉRITOINE.

rtaines voies accidentelles (abcès, fistules). — Quant à l'*exploration*, our les différentes parties du tube digestif, et elle utilise la plupart rappelés plus haut (*Voy.* les articles consacrés aux différentes parpareil digestif).

xes de l'appareil digestif, c'est-à-dire le FOIE et les voies BILIAIRES, s, le PÉRITOINE, doivent ensuite être explorés autant que leur posiique le permet, et toujours au point de vue des signes extérieurs, ar, des phénomènes fonctionnels, des sécrétions et enfin des signes ue l'on y peut constater.

l respiratoire. — Cet apareil comprend les *fosses nasales*, la *bouche nx*, que l'on peut considérer comme les vestibules des voies resprement dites. Celles-ci comprennent la *glotte*, le *larynx*, la *tra-onches* et leurs ramifications. Les *poumons* avec leurs éléments *lèvres* et les parties environnantes, telles que les *médiastins*, les *aciques* et le *diaphragme*, complètent cet appareil.

pection, on jugera d'abord de la conformation de la poitrine et des s de la respiration, sans oublier ceux du diaphragme. — Le siége de sera recherché avec soin dans les parois thoraciques ou dans les profondes. — On constatera ensuite les *symptômes fonctionnels*, n, la dyspnée, la toux, l'expectoration, le hoquet, et leur influence eur concomitante. — Les *excrétions* et surtout les crachats seront minés. — Enfin l'*exploration*, qui varie au niveau des fosses nasales, te et des autres parties de l'appareil respiratoire, complète l'examen ation.

l circulatoire. — Il faut songer successivement aux différents éléomiques de cet appareil : au *cœur*, au péricarde, aux gros *vaisseaux*, , aux *veines*, aux *lymphatiques*, à la circulation capillaire, enfin au e même que l'on rapproche des voies digestives, comme annexes,

abdominale (Richet, *Anat. chir.*, p. 522). — Comme *symptômes fonct*
nels, il y a à rechercher s'il existe des palpitations, de la dyspnée, des
copes, de l'engourdissement ou du froid dans les membres, ou des ac
subits produits par des EMBOLIES. — Les *hémorrhagies*, et l'état du san
qu'il peut être examiné, ne doivent pas non plus être négligés. —
l'exploration du cœur, des vaisseaux, du pouls, et celle des glandes vas
rate, glande thyroïde, ganglions lymphatiques, etc., complètent l'exa
l'appareil circulatoire.

Appareil urinaire. — Les *reins* et les voies urinaires, *bassinets*, u
vessie, canal de l'*urètre*, constituent principalement cet appareil.

Les tumeurs des reins, des conduits excréteurs de l'urine, celles résul
la distension de la vessie, les abcès urineux, sont les principaux *signes ext*
qui peuvent faire soupçonner une maladie des organes urinaires. — Des d
vives au niveau des reins, ou suivant le trajet d'un uretère jusqu'au t
correspondant, ou occupant toute autre partie de l'appareil anatomiqu
vent être constatées. — Les troubles de la miction, qui peut être susp
diminuée ou augmentée de fréquence, être douloureuse ou difficile, c
tuent les principaux *troubles symptomatiques* que j'aie à rappeler. —
caractères physiques de l'URINE, ou sa présence insolite dans certaines p
par suite d'infiltration pathologique (abcès urineux), est aussi une so
signes importants. — Mais c'est principalement par l'*exploration* des re
uretères, de la vessie, du canal de l'urètre, et par l'examen chimique et
microscopique de l'urine, que l'on peut s'éclairer sur l'état des organes uri

Appareil de l'innervation. — L'*encéphale* (cerveau, cervelet, protub
les *nerfs* qui en émanent, la *moelle épinière* et les *nerfs sensitifs et* m
qui s'y rattachent, et enfin le *trisplanchnique* qui fait en quelque sorte
des appareils de nutrition, constituent anatomiquement l'ensemble de l'a
complexe de l'innervation.

Ici, comme pour les autres appareils, il faut interroger les signes exté
les douleurs, les troubles fonctionnels (de l'intelligence, de la sensibili
mouvements), rechercher l'existence des sécrétions ou les exsudats m
et enfin procéder à l'exploration d'ailleurs bien bornée des organes nerveu
leurs dépendances. Il faut pour cela s'occuper successivement de l'*intelli*
de la *sensibilité générale* et des *sens*, et enfin de la *myotilité*, en cons
comme champ principal d'observation les parties ou les organes qui s
siége des phénomènes (*Voy.* CRANE, ENCÉPHALE, INTELLIGENCE, SENS
MYOTILITÉ, etc.).

Enfin l'examen de l'*appareil générateur* complètera l'exploratio
l'homme, le *pénis*, le canal de l'*urètre*, les *voies séminales* et les *testi*
chez la femme, la *vulve*, le *vagin*, l'*utérus*, les *ovaires* et les *lig*
larges, en sont les principaux éléments anatomiques. — Les *douleurs*
tanées ou provoquées par le coït pour les deux sexes, ou par la mens
chez la femme; les *troubles fonctionnels* de ces deux fonctions et les
breux phénomènes sympathiques qui en résultent dans d'autres orga
écoulements blennorrhagique, hémorrhagique, lochial ou autres chez la f
l'excrétion blennorrhagique ou les pertes séminales chez l'homme; e
l'*exploration* des différents organes qui constituent l'appareil générate
les deux sexes : telles sont, d'une manière générale, les données que l'o
à rechercher.

B. Inductions diagnostiques et pronostiques.

L'examen du malade fait constater les éléments du diagnostic; mai

ar les déductions qu'ils fournissent que ces éléments deviennent de
ŗnes de maladies, et qu'ils servent à faire reconnaître ces dernières,
comme pour l'examen du malade, opération intellectuelle tout
ıxposer une méthode pour les inductions diagnostiques à tirer des
ı constatées? Non, sans doute, si l'on envisage la chose d'une ma-
ı. Les déductions pratiques, en effet, sont une œuvre synthétique
ı l'intelligence de l'observateur s'affranchit souvent de toute mé-
re spontanément à la conclusion cherchée, dès qu'elle a saisi la
ı d'un petit nombre de signes. Mais si le praticien est mis quelque-
ie du diagnostic dès l'abord du malade, il n'en est pas toujours
ve trop fréquemment, en effet, que, malgré l'interrogatoire et
ɔlus complets, on ne puisse arriver facilement à la formule du dia-
'est dans les cas difficiles ou embarrassants de cette espèce, qu'il
ir quelques jalons, sinon une méthode, pour se guider.

as, on doit chercher à limiter de plus en plus la question, pour
faire jusqu'à la fin au cadre nosologique tout entier. On cherchera
à établir s'il s'agit d'une maladie *locale* ou *générale*. Je ne donne
ıressions un sens absolu, et je ne les applique qu'aux manifesta-
ıtes pendant la vie des phénomènes morbides, soit localisés dans
ı appareil d'organes ou une région du corps, soit généralisés dans
appareils organiques sans que les phénomènes locaux puissent
te généralisation.

le question à rapprocher de la précédente est celle de savoir si
ıidérer la maladie comme *aiguë* ou *chronique*, car on restreint
décidant, le champ des recherches nécessaires pour arriver au dia-
tif. Le mouvement fébrile semblerait être au premier abord le
en de décider la question d'acuité ou de chronicité ; il s'en faut
ı'il en soit ainsi. La fièvre accompagne certaines affections chroni-
affection aiguë peut être apyrétique, soit dès son début, soit au
exploration. L'invasion rapide ou lente, l'évolution et le caractère
ı symptomatiques, lèvent ordinairement les doutes, sauf dans un
re de cas exceptionnels.

ence ou l'existence des phénomènes généraux qui caractérisent la
peuvent tromper, si l'on n'est pas sur ses gardes, pour décider si
ıt aiguë ou chronique, peuvent encore induire en erreur sur un
e diagnostic essentiel à toujours rechercher : celui de l'*intermit-*
la *non-intermittence* de la maladie. L'absence des phénomènes
ndant l'apyrexie intermittente peut faire croire, en effet, qu'il
de maladie fébrile ; tandis qu'au moment des accès, on pourrait
ıistence d'une maladie fébrile continue. En oubliant cette recher-
rmittence, on a souvent commis les erreurs les plus graves (*Voy.*
TES [Fièvres ou affections).

'onditions de la maladie étant déterminées : localisation ou généra-
ité ou chronicité, intermittence ou continuité, le médecin peut
ı plusieurs affections ayant des symptômes communs, et il n'est
ıt fixé qu'après les avoir comparées dans son esprit : en faisant, en
iagnostic différentiel. Si les symptômes sont groupés localement,
dans la plupart des cas, trouvé par voie d'élimination la solution
ı n'est que lorsque les symptômes caractéristiques sont incomplets
peut persister.

ı le cas de procéder successivement par hypothèse de l'existence

des différentes maladies qui ont des groupes de symptômes communs a que l'on a constatés chez le malade.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic différentiel n'est pas le diagnostic to comme on le donne à entendre dans beaucoup de livres élémentaires tion étant déterminée, en effet, il reste encore à résoudre un certain n questions diagnostiques en apparence secondaires, mais qui ont au véritable importance pratique.

Pour le démontrer, il me suffira de faire remarquer que, pour maladies, soit l'une, soit l'autre de ces questions diagnostiques devi capital à rechercher, tout en continuant à éclairer sur l'existence mêm fection.

La maladie reconnue et dénommée, on aura encore, en effet, à sa *marche;* certaines *causes* particulières; la simplicité ou la multi maladies chez le même sujet; à tenir compte des *formes* que l'affe offrir sans cesser d'être elle-même; à constater la *période* à laquell arrivée et son *degré d'intensité;* l'état des *lésions* appréciables et le *cations*.

Enfin, il reste ensuite à établir le *pronostic*, en tenant compte de même de la maladie si elle est connue, et des différentes particularit viens de rappeler.

Je n'admets pas, avec quelques cliniciens, que l'exploration suffis malade doive toujours avoir pour conclusion la nette formule d'un C'est précisément lorsque l'on a l'expérience d'une étude attentive d mènes observés au lit du malade que l'on reconnaît qu'il y a, quoi qu faire, outre les diagnostics certains, des diagnostics douteux et des impossibles. Dans ces deux dernières circonstances, il faut savoir s'abstenir, lorsque l'on a tout fait pour arriver à la vérité. C'est sans rôle moins brillant que celui qui consiste à se prononcer toujours même; mais ce dernier rôle ne peut éblouir que des assistants novice

Je n'ai pas à indiquer d'articles complémentaires de celui-ci, cet ou consacré au développement des idées et des principes qui ont été som indiqués dans cet article.

EXANTHÈMES. — Rayer a réuni sous ce nom (*Traité des* *la peau*) l'érythème, l'érysipèle, l'urticaire, la rougeole, la roséole e tine. Cette simple indication suffirait si l'on n'avait pas décrit sous la tion d'*exanthèmes sudoraux* des éruptions cutanées diverses qui m mention spéciale.

Trousseau a admis que si des éléments nouveaux, de cause patho thérapeutique, viennent s'ajouter à l'*émonction cutanée*, à la sueu survenir comme conséquences diverses affections cutanées caractéristiq qu'il ne soit pas possible dans tous les cas d'apprécier physiquement quement les modifications survenues dans la qualité de la sueur. C qu'une alimentation excitante (coquillages, moules, écrevisses, poiss de porc, etc.) donne lieu à l'*urticaire;* l'ingestion de l'opium, à des *érythémateuses*, à des *taches pseudo-morbileuses*, à des *papules* des *vésicules;* la belladone, à une éruption habituellement *scarlati* la térébenthine, le poivre de cubèbe, et surtout le copahu, à des *papu* vésicules; l'iodure de potassium, à des *eczémas* ou des pustules d'*acn* cure, à l'affection eczémateuse dénommée *hydrargirie*. Enfin Trouss dans le même ordre la *miliaire* des femmes en couches (dont il aurai procher la *miliaire rhumatismale*, si fréquemment observée), les ex

'e puerpérale et de la résorption purulente, les *sudamina* de la fièvre les éruptions *vaccinales* secondaires, celles qui succèdent à la variole, e dans la scarlatine (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 3e édit. 1868, t. I). u à énumérer complétement ces exanthèmes dits sudoraux, parce que exposé me paraît montrer que Trousseau a été beaucoup trop loin en nt un aperçu ingénieux et vrai en partie. Il faut admettre certaine- des sueurs abondantes, modifiées dans leur nature, peuvent produire xanthèmes; mais c'est faire une simple hypothèse que d'attribuer les ets à la perspiration cutanée insensible, lorsqu'il n'y a pas de sueur le, ce qui arrive si fréquemment dans les conditions qui ont été rap-

ETA, EXCRÉTIONS. — Dans l'examen des malades, les matières et les exsudats fournis par un grand nombre d'organes sont souvent s à l'exploration, et leurs caractères sont utilisés comme autant de iagnostiques qui ont parfois une très-grande valeur. La variété, sui- ganes qui les fournissent, de ces produits de sécrétion ou d'exsuda- iurait prêter à des considérations générales utiles; je ne puis donc yer aux articles qui se rapportent à chacun d'eux ou aux organes qui sent (*Voy.* CRACHATS, FÉCALES [Déjections], PUS, SALIVE, SUEURS, c.).

HTHALMIE. — La saillie exagérée du globe oculaire, à laquelle é le nom d'exophthalmie, reconnaît différentes causes : des affections oculaire lui-même, des tuméfactions ou des tumeurs développées dans où elles repoussent le globe de l'œil au dehors; l'empoisonnement tale (p. 340), ou bien enfin une affection générale. Dans les deux pre- res de faits, qui sont du ressort de la chirurgie, un seul œil est ordi- affecté. Dans les cas où les deux yeux sont proéminents, cette seule ité, en dehors des cas d'empoisonnement par la digitale, doit faire r l'existence de l'affection singulière qui produit cette double exo- , et que l'on a décrite sous le nom de *cachexie exophthalmique*. Les s exagérés du cœur et des artères, et le développement hypertrophi- glande thyroïde, viennent ordinairement compléter les caractères de la *Voy.* CACHEXIE THYROÏDIENNE).

HTHALMIQUE (Cachexie). — *Voy.* CACHEXIES.

TOSES. — *Voy.* SYPHILIS et TUMEURS.

CTORATION. — J'ai exposé à l'article CRACHATS la différence qui 'e l'*expectoration*, l'*exscréation* et l'*expuition* des matières expul- a bouche. L'expectoration fournit des signes diagnostiques ou pronos- portants sous le rapport, soit de son mécanisme, soit de la nature des xpectorées. Il a été question ailleurs de ces dernières (CRACHATS); ic à m'occuper que du mécanisme de l'expectoration.

toration, qui est l'expulsion par les voies aériennes des matières plus liquides qui s'y accumulent, se fait plus ou moins brusquement. Elle ellement la conséquence de la toux, mais elle peut se faire aussi par ue et forte expiration volontaire. L'expectoration est fréquente ou rare, difficile. Cette dernière circonstance, la difficulté de l'expectoration, e pour laquelle ne suffit pas une simple mention. Pour que l'expecto- lieu facilement, en effet, il faut que les matières à expectorer n'aient scosité telle qu'elles adhèrent fortement aux parois des vides aériens, surtout que les forces expiratrices soient conservées. Or, les mouve- xpiration peuvent être rendus difficiles, parce qu'ils s'accompagnent

d'une douleur plus ou moins vive qui les empêche d'être suffisants, o
parce qu'il existe un affaiblissement musculaire de cause locale ou g
L'atrophie ou la paralysie des muscles respirateurs rend l'expectoration d
plus difficile que leurs progrès sont plus avancés; et si ces altérations att
le diaphragme, il en résulte l'impossibilité d'expulser les mucosités bron
dont une médiocre quantité suffit alors pour asphyxier le malade, ai
Duchenne (de Boulogne) l'a signalé. Un affaiblissement général consi
une adynamie profonde, rendent également l'expectoration difficile,
à cette circonstance qu'est due, au moment de l'agonie, l'engouement
que des voies aériennes par des mucosités qui ne peuvent plus être expe

EXPIRATION. — *Voy.* RESPIRATOIRE (Appareil).

EXTASE. — L'état nerveux qui constitue l'extase est ordinairem
la *folie* ou à l'*hystérie*. Il est caractérisé par une excitation cérébral
sive, concentrée sur un seul objet réel ou imaginaire, avec fixité du r
abolition passagère des sensations et des mouvements. L'extase diffè
catalepsie en ce que, dans cette dernière affection, l'intelligence e
comme la sensibilité.

FACE. — La face est le siége de modifications pathologiques non
que je n'ai pas à rappeler minutieusement dans cet article, soit parce q
coup d'entre elles se trouvent mieux à leur place dans d'autres articl
dictionnaire, soit parce que ces modifications sont de peu de valeur, e
raient mettre par elles-mêmes sur la voie du diagnostic. Les signes
importants dont je veux ici parler sont principalement relatifs à la *co*
de la face, à son *volume* et à sa *symétrie*, à son *expression*, à ses *ér*
à ses *mouvements*, à sa *sensibilité*.

La face rougit fréquemment d'une manière instantanée et passagère
femmes aux époques menstruelles et vers la ménopause; et le même
mène s'observe dans la congestion cérébrale et dans d'autres conditi
serait peu important de rappeler. Dans tous les cas, la rougeur est attri
détente ou à la paralysie accidentelle des vaisseaux capillaires de la
coloration par l'injection de la face peut être persistante chez les su
thoriques, dans la congestion ou l'hémorrhagie cérébrales, dans les cas
intense. Selon Rostan, la rougeur reste bornée à la face dans certain
ramollissement du cerveau. — La face a une pâleur anémique au
après les hémorrhagies, dans des convalescences, dans certaines intox
dans les cachexies. Cette pâleur, à laquelle se joint la décoloration
queuses, présente dans ces différentes circonstances des nuances auxq
a voulu attacher une valeur séméiologique beaucoup trop grande. —
de la face peut offrir aussi des colorations anomales : la CHROMHYDROSE,
leur enfumée de la peau BRONZÉE, et beaucoup plus fréquemment la c
la teinte jaunâtre des sclérotiques et du pourtour des lèvres de l'état bil
la coloration jaune ou verdâtre de l'*ictère*. — Enfin elle est le siége d'é
ou d'affections cutanées très-variées, parmi lesquelles plusieurs occ
face comme siége de prédilection : tels sont l'acné, l'érysipèle spontan
pétigo chez les enfants, le molluscum (à la face et au cou), etc. C'est à
l'on a donné comme caractère particulier des syphilides leur siége à l
au cuir chevelu. On a fait la remarque que cette région échappait à l'att
la gale (Cazenave).

Le volume de la face est augmenté généralement ou partiellement da
coup de circonstances : dans l'*emphysème sous-cutané*, où la tum
peut être limitée à la joue chez les enfants (Ozanam), comme elle l'e

[...]ème qui résulte d'une maladie du cœur ou d'une albuminurie, pour l'œdème [...] une gangrène de la bouche, et pour le gonflement qui accompagne d'autres [...]ies buccales. — Dans l'*érysipèle de la face* (avec rougeur), dans l'érysi-[...] avec pustules de la *morve aiguë*, pendant les accès d'*épilepsie* et d'*é-[...]sie*, la face présente une turgescence générale plus ou moins persistante, [...]agère. Elle est comme hypertrophiée dans l'*éléphantiasis*, bouffie et [...]tée, ou vultueuse dans la *pléthore*, lorsqu'il existe un obstacle au cours du [...] veineux dans la *veine cave supérieure*, ou dans certaines oblitérations [...]artère pulmonaire, et enfin dans certains faits de névralgie trifaciale (par [...] de congestions répétées).

[...]l y a atrophie d'un des côtés de la face, et par suite *défaut de symétrie* [...] ses deux moitiés, à la suite du torticolis prolongé et dans d'autres con-[...] que j'ai rappelées ailleurs (*Voy.* Atrophie, p. 108). D'autres asymétries [...]ent de l'hémiplégie faciale, de contractures partielles, ou d'une confor-[...]ion congénitale. On pourrait même dire d'une manière absolue qu'il est [...]ptionnel de rencontrer un visage parfaitement symétrique parmi les indi-[...] sains.

[...]*expression* de la face a donné lieu à des distinctions très-multipliées, mais [...] un assez grand nombre sont trop secondaires pour être prises ici en con-[...]ation. La face est animée et les yeux sont brillants dans les cas de délire [...]; elle exprime au contraire l'abattement et la langueur lorsque les forces [...] très-déprimées, et cette expression d'abattement peut aller jusqu'à l'hé-[...]de ou la stupeur, comme dans l'ivresse, dans les fièvres graves, et notam-[...] dans l'affection typhoïde; les muscles du visage sont alors dans le relâ-[...]ment, les yeux sont immobiles ou se meuvent avec lenteur, et l'ensemble [...] traits exprime l'indifférence, à moins qu'on ne réveille quelque douleur [...]ant l'exploration. Dans ce dernier cas, ou sous l'influence de douleurs [...]anées vives, la face exprime la souffrance. La physionomie est plus ou [...] intelligente ou tout à fait stupide chez l'idiot; elle peut paraître intelli-[...], mais sans autre expression, chez certains déments. Elle est immobile dans [...]érème de la face, de même que dans l'extase, où cette immobilité s'accom-[...] de fixité du regard.

La face *grippée* n'est autre chose que l'expression d'une souffrance profonde, [...]nue et poussée à l'extrême; la figure est alors comme rapetissée par la [...]action des muscles qui ramènent les traits vers la partie moyenne et vers [...] du visage; le nez et les sourcils sont froncés, le teint est livide. Si la [...]ation est très-gênée, les muscles respirateurs de la face redoublent d'ac-[...] et les traits sont alors plutôt dilatés, les narines écartées. — La [...] dite *hippocratique* annonce l'agonie : la pâleur verdâtre ou plombée du [...], sa teinte parfois noire ou livide, les yeux caves, le nez effilé, les tem-[...]aplaties, les oreilles froides et contractées, la pulvérulence des sourcils, [...] cils et des poils des narines, l'immobilité des paupières entr'ouvertes, [...]ité de la cornée dans sa partie exposée à l'air, et la béance de la bouche [...] l'abaissement de la mâchoire, constituent les signes caractéristiques de cet [...] de la face.

[...]fin, la face est cadavéreuse dans le frisson violent, avec anxiété extrême et [...]ie, qui caractérise un accès de fièvre pernicieuse.

Les muscles de la face se contractent dans les affections convulsives cloniques [...]iques, et il en résulte des mouvements involontaires ou grimaçants qui [...] sont le premier signe de l'invasion des accidents convulsifs; ces mou-[...]ents involontaires provoquent le rire sardonique lorsqu'ils siégent dans les

muscles zygomatiques. Ils donnent à la face un aspect
facial. Lorsqu'ils restent limités à la face ou plutôt
constituent quelquefois des convulsions particuliè ... at
leurs (*Voy.* CONVULSIONS IDIOPATHIQUES DE LA F ... re
Des signes non moins remarquables, et dor ... pré
certaine attention, résultent du défaut d'ant ... de l'i
contractions des muscles des deux côtés ... manit
cles d'un côté sont paralysés, soit parce q ... es de m
étant sain. Dans l'un et l'autre cas, une ... on intestin
vers l'autre dans les mouvements de ... nt aussi un as
de la partie inférieure du nez, et ce ... nes de mucus ay
s'il y a contracture, et vers le côté ... le nom de *diarrhé*
l'immobilité des traits dans le ... ières excrétées, comi
signes de la PARALYSIE de la fac ... *ue méd. de Graves*, 5
que l'absence de ces signes e ... ches se montrent à la su
opposée de la face révèler ... des matières muqueuses c
La *sensibilité* de la fac ... *mbraneuse* (*Voy.* p. 356). -
plus restreinte de cette ... elles, le médecin est fréquemme
ANESTHÉSIE FACIALE). ... matières fécales par les matières
générale ou partiel ... euses. Les épinards, le café, le
de rechercher les r ... les sels de fer, et surtout le sous
leur, et qui fourr ... préoccupe les malades s'ils ne sont
VRALGIES). ... mation de sulfures métalliques. Le
Le seul asp ... vertes (bile).
dies. La pâle ... des matières fécales offre des degrés t
chlorotiqu ... complète jusqu'à la dureté et la sécheres
maladies ... cas, les matières peuvent constituer des m
des suj ... comme cela arrive dans l'état de constipa
des fe ... La liquidité des matières fécales constitue
face ... Osborne admet quatre degrés d'irritation, dan
ser ... consistance la composition des matières, qui doit êt
de ... déprimer, par la pression exercée sur l'abdomen
t ... dans l'intestin, et, en modifiant ainsi le relief des
... facilement leur nature dans un fait d'abord dout
Le praticien n'a pas habituellement recours à l'analyse chi
se contente le plus souvent de l'aspect qu'elles lui offrent à l
qu'elles maculent le linge ou sont contenues dans un vase.
délayer et transvaser avec précaution pour examiner les der
montrent quelquefois seuls la présence du sang (*Voy.* HÉMO
Le microscope permet de compléter cet examen.

La bile, le pus, le mucus, le sang se reconnaissent à le
ordinaires, lorsqu'ils sont isolés ou en grand excès dans l
de même des corps étrangers qui peuvent s'y trouver con
taires à la digestion, tels que les noyaux et les pepins de
liaires ou intestinaux, des entozoaires, etc. Les médicam
granules, desséchés, peuvent aussi traverser intacts tout le
aliments alibiles peuvent aussi être rendus en nature par
maladies, ce qui constitue la LIENTERIE. Les graisses des a
être rendues indigérées, ce qui a été attribué à des altérat
nairement cancéreuses) du pancréas (*Voy.* ce mot). Enfin c
peuvent être aperçues dans les fèces, comme les grains ri

...n excellent signe avec la décoloration du liquide des
... concrétions membraniformes expulsées dans cer-
...terie, et qui sont généralement considérées à
...ments de muqueuse intestinale. Ces matières
...s cas très-rares, on trouvera dans les ma-
...l'intestin invaginé et détaché sans ac-
... les phénomènes concomitants ou
...t faire prévoir ce résultat. En pareil
...ces analogues, il faut délayer à part dans
...iner avec soin.
...n précieux pour découvrir dans les matières
...pent à la simple inspection. C'est ainsi que, lors-
...nce du sang, les globules visibles dans le champ du
...s doutes. L'examen microscopique peut rendre encore
...tant de constater dans le liquide des selles, ou dans celui
...vage, des moisissures ou champignons (Heller), ou bien des
...es (Davaine, *Traité des Entozoaires*).

...uantité des matières fécales est très-variable, soit pour chaque selle isolément, soit pour plusieurs dans un temps donné. Cette quantité ...nime pour chaque évacuation dans la dysenterie aiguë. Elle est con...u contraire dans certains embarras ou engouements intestinaux occu...émité du gros intestin. Recherchées au niveau de l'abdomen avant ...ation, les matières fécales peuvent en distendre les parois autant que ...grossesse avancée, ainsi que je l'ai vu récemment chez une femme qui ...é à une occlusion intestinale résultant d'une cicatrice de la muqueuse ... du rectum.

...O-PLASTIQUES (Éléments ou tissu). — Les éléments fibro-plasti... sont très-répandus dans l'organisme sain, se rencontrent fréquemment ...éments accessoires de la plupart des tumeurs, ou comme constituant ...euls des tumeurs particulières, dites *fibro-plastiques*, dues à l'hyper...r place des éléments de ce ... tumeurs restent souvent locali... une région; mais d'autres fois ...généralisent et se confondent ...point de vue clinique avec le ...oprement dit. Les *granulations ...laires* qui se développent dans ...n ou les séreuses, et les indu...philitiques des divers organes ...grande partie constituées par ...nts fibro-plastiques.



Fig. 65. — Éléments fibro-plastiques. — *a*, *b*, *d*, fibro-plastiques fusiformes. *c*, cellules; à gauche de la figure, tissu conjonctif lamellaire contenant inférieurement un noyau fibro-plastique libre.

...ments présentent trois variétés ...h. Robin. Ce sont : 1° les ...*fibro-plastiques libres*, plus ...allongés, ayant de 0^{mm},005 à ... largeur; et 0^{mm},007 à 0^{mm},010 ...ur; contenant quelques fines ...s moléculaires, et souvent, ...ujours, un ou deux nucléoles; ...o-*plastiques fusiformes*; *fig.* 65, *a*, *b*, *d*, formant des corpuscules ...ment à peu près tous un noyau central, placé au niveau de la partie

sements bilieux avec des matières fécales décolorées, o
d'ictère par Andral, peut s'expliquer de cette manière. L
du sang, non-seulement lorsqu'elles sont mélangées de sa
lorsqu'elles sont d'un noir foncé rougeâtre, couleur d'ocre
On a cru remarquer que, dans le premier cas, le sang
dans le second cas, de l'estomac, et dans le troisième,
ces propositions ne doivent pas être généralisées d'une
prmière enfance, des selles sanguines ou composées
seraient, selon Rilliet, un bon signe d'invagination
pus, lorsqu'ils sont plus ou moins isolés, donnent a
matières qui en contiennent. Les selles blanches d
ont été signalées par les anciens sous le nom
chyle n'est alors pour rien dans les matières exc
l'ont fait remarquer. Graves (*Clinique méd.*
observer que ces diarrhées blanches se mo
Elles doivent être rapprochées des matière
tuent l'*entérite pseudo-membraneuse* (
internes de coloration des selles, le médec
la coloration anomale des matières fécal
taires, soit médicamenteuses. Les épi
leur propre couleur ; les sels de fe
une couleur noire qui préoccupe les
simplement à la formation de sul ... tic
souvent des matières vertes (bile). ... e du

La *consistance* des matières
liquidité la plus complète jusq ... t chaleur a
Dans ce dernier cas, les matièr ... nt-ils été l'obj
mées scybales, comme cela ... nt, dans les dern
soit accidentelle. La liquidité ... a calorification fébr
de laquelle Osborne admet ... sidérable, ne saurait
avec la consistance la com ... mps. E. J. Marey (*Phys*

J'ai pu déprimer, par ... démontré que la fréquence
mulées dans l'intestin, ... le sang à traverser le
distinguer facilement l ... exagérée du cœur. On s'exp

Le praticien n'a pas ... des convalescents, présentent a
se contente le plus so ... jusqu'à 90, 100 et même accide
qu'elles maculent l ... l'intégrité de toutes les fonction
délayer et transva ... d'être modérée, sans qu'il y ait
montrent quelqu ... fréquence variable du pouls suiva
Le microscope ... question capitale à l'article Poul

La bile, le ... exagérée morbide de la peau, qui a
ordinaires, l ... est considérée avec raison comm
de même de ... exagération soit jugée par la s
taires à la ... du thermomètre, qui peut fournir a
liaires ou ... importantes, comme nous le verrons au m
granules, ... de la chaleur et de l'accélératio
aliment ... fébriles, il y a le plus souvent d'au
maladi ... sous la dépendance de la fièvre ou, com
être r ... Ce sont : un sentiment de *malaise*
naire ... de la *céphalalgie*, de l'*anorexie* et
peu

sans que toutefois ces différents

que je ne fais qu'in-
Il en est de même des *causes*

fièvre envisagée comme
conditions patholo-

ditions très-
-impor-
holo-

des signes
d'expliquer
e de celle de la

désaccord avec les
and nombre d'organes,
de la fièvre.
rile dans les maladies.
catégorie, ceux relatifs à des
es lésions, on se trouve en pré-
lesquelles la fièvre est dite impro-
tégorie de faits, qui embrasse ceux de
par rapport aux lésions locales, on a le
appelées pyrexies ou FIÈVRES proprement
une phlegmasie latente peut accompagner une
pyrexie.
ections si nombreuses que ce double cadre em-
larités qui peuvent le plus fréquemment mettre sur la
ention dans cette recherche des conditions pathologiques
ie la fièvre.

i signalent le début de la fièvre ont quelquefois des caractères
ostic. Un frisson violent et plus ou moins prolongé, avec trem-
éral et claquement de dents, annonce souvent une maladie grave,
re intense. Chez la femme récemment accouchée, un frisson violent,
qui précède quelquefois la fièvre dite de lait, est un signe d'*inflam-*
ercurrente, de *résorption purulente*, ou de *fièvre puerpérale*, et ce
gnostic est presque certain s'il règne une épidémie de ce genre. Le
venant tout à coup avec un symptôme grave, céphalalgie, délire,
cope, accidents digestifs, etc., devra faire songer à un accès de
icieuse, diagnostic qui se trouvera confirmé si les accidents cessent
ques heures. Les frissons qui apparaissent dans le cours d'une ma-
istante annoncent ou une pyémie ou l'invasion d'une complication,
aut pas oublier que cette complication est presque toujours une
chez les vieillards.
médecin ait été ou non témoin du frisson initial dont il vient d'être
u que ce frisson ait manqué, la fréquence du pouls avec la chaleur
, ai-je dit, constituent la réaction fébrile ou la fièvre telle qu'il a le
t à la constater. C'est en pareille circonstance que l'interrogatoire
tion du malade doivent être faits avec soin, afin de réunir pour la

renflée de la fibre dont il détermine le renflement, noyau qui a tous les caractères des noyaux libres; 3° les *cellules fibro-plastiques* (*même fig.*, c) de forme ovoïde, toujours finement granuleuses, et contenant également un noyau semblable aux noyaux libres.

FIÈVRE, FIÈVRES. — Au point de vue clinique, il faut distinguer la *fièvre*, considérée comme élément diagnostique des maladies en général, et les *fièvres proprement dites*, qui forment une classe particulière de maladies importantes.

I. Fièvre en général. — La fièvre, considérée en elle-même comme élément des maladies, est caractérisée par un ensemble de phénomènes complexes qui sert bien fréquemment de base ou de point de départ au diagnostic, soit qu'elle ne constitue qu'un élément de maladie dont il faut rapprocher les autres éléments diagnostiques, soit qu'elle représente le phénomène fondamental de maladies particulières générales, désignées sous le nom de FIÈVRES ou *pyrexies*. Quelle que soit la façon dont le praticien doit envisager la fièvre en elle-même, il se trouve en pareil cas en présence d'un élément symptomatique palpable, en quelque sorte, dont il doit, comme pour tous les autres, se rappeler les caractères, les conditions pathologiques et la signification.

1° *Caractères.* — Les phénomènes caractéristiques de la fièvre, considérée en général, sont ceux que l'on rencontre dans un accès complet de fièvre intermittente : *frissons* plus ou moins prolongés, puis *chaleur* et sécheresse de la peau, et enfin *sueurs* plus ou moins abondantes. Mais la fièvre, considérée en général, a des modalités très-différentes dans le cours des maladies. Qu'il y ait ou non préalablement un frisson ou de simples horripilations, le plus souvent la fièvre est principalement caractérisée par la fréquence du pouls et par une chaleur exagérée, avec sécheresse de la peau.

Ces deux phénomènes, fréquence du pouls et chaleur augmentée, sont nécessaires pour caractériser la fièvre. Aussi ont-ils été l'objet de recherches très importantes qui ont modifié profondément, dans les dernières années, les idées qui avaient cours sur la circulation et la calorification fébrile.

La fréquence du pouls, même considérable, ne saurait suffire pour constituer la fièvre, comme on l'a cru longtemps. E. J. Marey (*Physiol. méd. de la circulation du sang*, etc., 1863) a démontré que la fréquence du pouls dépend de la facilité plus grande qu'éprouve le sang à traverser les vaisseaux capillaires et non d'une action énergique exagérée du cœur. On s'explique dès lors comment des individus affaiblis, des convalescents, présentent assez souvent un pouls qui, chez l'adulte, s'élève jusqu'à 90, 100 et même accidentellement jusqu'à 120 pulsations et plus, avec l'intégrité de toutes les fonctions de nutrition, et sans que la chaleur cesse d'être modérée, sans qu'il y ait fièvre en un mot. On s'explique de même la fréquence variable du pouls suivant l'âge et les individus. Je reviendrai sur cette question capitale à l'article POULS.

Quant à la chaleur exagérée morbide de la peau, qui a été l'objet de recherches si remarquables, elle est considérée avec raison comme le signe essentiel de l'état fébrile, que cette exagération soit jugée par la simple application de la main, ou à l'aide du thermomètre, qui peut fournir au praticien des données diagnostiques importantes, comme nous le verrons au mot THERMOMÉTRIE.

Outre la coïncidence de la chaleur et de l'accélération du pouls qui existe dans les maladies fébriles, il y a le plus souvent d'autres phénomènes concomitants qui sont sous la dépendance de la fièvre ou, comme on le dit souvent, du mouvement fébrile. Ce sont : un sentiment de *malaise général*, d'*abattement*, de *courbature*, de la *céphalalgie*, de l'*anorexie* et des signes de *congestion*

différents organes (*Voy.* CONGESTIONS), sans que toutefois ces différents s soient constants.

marche variable de la fièvre ainsi que sa *durée*, que je ne fais qu'in- r, modifient les allures de l'état fébrile. Il en est de même des *causes* '. FIÈVRES).

s insister davantage sur les caractères de la fièvre envisagée comme mène symptomatique, voyons quelles en sont les conditions patholo- s, question capitale en pareille circonstance.

Conditions pathologiques et *signification*. — Ces conditions très- reuses se présentent au lit du malade sous deux conditions très-impor- , dont on doit la distinction aux progrès modernes de l'anatomie patholo- et du diagnostic :

— De l'examen des différents organes, il résulte qu'il existe des signes logiques locaux fournis par l'un d'eux et qui permettent d'expliquer ence de la fièvre concomitante, dont la marche est connexe de celle de la estation organique locale;

— Les phénomènes fébriles sont au contraire en désaccord avec les s locaux, ces derniers étant parfois étendus à un grand nombre d'organes, néanmoins insuffisants pour expliquer la gravité de la fièvre.

te distinction domine le diagnostic de l'état fébrile dans les maladies. ns la détermination des faits de la première catégorie, ceux relatifs à des s locales avec fièvre proportionnée à ces lésions, on se trouve en pré- de la classe des PHLEGMASIES, dans lesquelles la fièvre est dite impro- ent secondaire. Dans la seconde catégorie de faits, qui embrasse ceux de ération des phénomènes fébriles par rapport aux lésions locales, on a le souvent affaire aux affections appelées pyrexies ou FIÈVRES proprement . Je dis le plus souvent, car une phlegmasie latente peut accompagner une qui en impose pour une pyrexie.

ns rappeler ici les affections si nombreuses que ce double cadre em- e, voyons les particularités qui peuvent le plus fréquemment mettre sur la ou détourner l'attention dans cette recherche des conditions pathologiques elles se rattache la fièvre.

s frissons qui signalent le début de la fièvre ont quelquefois des caractères s au diagnostic. Un frisson violent et plus ou moins prolongé, avec trem- ent général et claquement de dents, annonce souvent une maladie grave, e fièvre intense. Chez la femme récemment accouchée, un frisson violent, celui qui précède quelquefois la fièvre dite de lait, est un signe d'*inflam- ion* intercurrente, de *résorption purulente*, ou de *fièvre puerpérale*, et ce ier diagnostic est presque certain s'il règne une épidémie de ce genre. Le survenant tout à coup avec un symptôme grave, céphalalgie, délire, , syncope, accidents digestifs, etc., devra faire songer à un accès de pernicieuse, diagnostic qui se trouvera confirmé si les accidents cessent quelques heures. Les frissons qui apparaissent dans le cours d'une ma- préexistante annoncent ou une pyémie ou l'invasion d'une complication, ne faut pas oublier que cette complication est presque toujours une onie chez les vieillards.

le médecin ait été ou non témoin du frisson initial dont il vient d'être on, ou que ce frisson ait manqué, la fréquence du pouls avec la chaleur peau, ai-je dit, constituent la réaction fébrile ou la fièvre telle qu'il a le souvent à la constater. C'est en pareille circonstance que l'interrogatoire exploration du malade doivent être faits avec soin, afin de réunir pour la

solution du problème le plus de données possible. Trouve-t-on des phén locaux qui révèlent une de ces lésions qui constituent la base ou la d'une distinction nosologique, et par suite la maladie elle-même à laqu a affaire, le problème est rapidement résolu. Lorsque cette constatati au contraire défaut, malgré un examen des plus attentifs, il y a manifest ai-je dit, une maladie aiguë générale, ou une phlegmasie localement et qui ne laisse d'appréciable que ses phénomènes généraux ou fébrile principalement aux deux extrêmes de la vie, chez les jeunes enfants les vieillards, que l'on est exposé, en observant même avec soin, à la fièvre pour une pyrexie lorsqu'elle est la manifestation d'une phle La thermométrie sera ici d'un grand secours.

La considération du *degré* ou de l'intensité des phénomènes fébriles sente à la rigueur rien de bien utile au diagnostic, toutes les maladies pouvant offrir à cet égard des variétés bien tranchées. Cependant il dispositions individuelles dont il faut tenir compte relativement à l'inte ces phénomènes. Cela est surtout vrai suivant les âges. Les enfants ép en règle générale, des accidents fébriles beaucoup plus tranchés qu'a suivants. Il faut être bien prévenu de l'exubérance de ces phénomènes jeune âge, où elle a lieu souvent pour les maladies les plus légères pour les plus graves, et où des symptômes concomitants, résultant très blement de congestions fébriles locales, peuvent donner le change pour gnostic. Le *délire* et les *convulsions*, par exemple, font croire à une grave des centres nerveux; les *vomissements* à une lésion de l'estoma tandis que, peu après, une phlegmasie locale facilement reconnaissa bien une éruption exanthématique font connaître la nature de la malad périodes plus avancées de la vie, on rencontre encore la fièvre présent fois cette intensité et ces anomalies ou plutôt les complications fébril il vient d'être question; mais cela devient de plus en plus rare. Dans l lesse, on voit même assez souvent des phlegmasies graves ne pas s' pagner de phénomènes fébriles. L'absence de la fièvre ne suffit donc p le vieillard pour éloigner l'idée d'une phlegmasie plus ou moins grave.

J'ai dit que les frissons, survenant dans le cours d'une maladie préexi annonçaient ordinairement une complication. La même remarque doi pliquer aussi à l'accélération du pouls avec chaleur plus ou moins exagé toutefois l'exacerbation est durable et ne constitue pas un accident or de la maladie fébrile que l'on observe. L'apparition de la fièvre peu annoncer des complications phlegmasiques dans le cours des maladies.

Il ne faut pas perdre de vue non plus que, par elle-même, la fièvr longée peut produire à son tour des phlegmasies secondaires que, dans elle précède. On sait que la connaissance de cette loi d'observation e aux recherches de Louis sur la fièvre typhoïde. La possibilité de ces com tions dans les affections fébriles prolongées est une nouvelle raison, parm d'autres, pour explorer fréquemment les organes le plus souvent affect pareils cas, et notamment les organes intra-thoraciques.

Par suite des différentes allures qu'affecte la marche de la fièvre, il faut quérir avec soin des antécédents fébriles pour savoir d'abord s'ils sont i mittents, et si l'on n'a affaire qu'à un accès passager analogue à un ou plus accès antérieurs. Si, au contraire, on interroge un malade sans fièvre, mai dit avoir éprouvé récemment des frissons suivis de chaleur, puis de sueur donnant des détails qui ne peuvent faire soupçonner sa véracité, on juger ce commémoratif que l'apyrexie existante n'est qu'une trêve après un accès

)n arrivera ainsi à établir l'existence d'une fièvre intermittente. On ne
trop insister en toute occasion sur la nécessité de bien reconnaître l'in-
ace fébrile lorsqu'elle existe. — Si la fièvre que l'on observe est conti-
e temps depuis lequel elle persiste peut mettre aussi sur la voie du
ic; si, par exemple, on soupçonne l'existence d'une fièvre éruptive, et
emps des prodromes fébriles de l'éruption soit écoulé, on doit rejeter
ce de ces maladies, et songer à d'autres affections fébriles.

ièvres. — Je n'ai pas à m'occuper dans cet ouvrage de la doctrine
adies qui forment le groupe des *fièvres* proprement dites ou *pyrexies*.
ı malade, les questions de diagnostic qu'elles soulèvent se réduisent
itive à établir par voie d'exclusion qu'il existe une de ces fièvres (*Voy.*
, puis à en rechercher l'espèce.

résoudre cette dernière question, il faut avoir recours à la THERMOMÉ-
se rappeler la nomenclature de ces affections, bien moins nombreuses
'admettaient les anciens, grâce aux recherches modernes, et principa-
ı celles de Louis, qui a fait rentrer la plupart de leurs espèces dans la
te typhoïde. On peut juger de la simplification apportée dans le groupe
res des anciens par l'énoncé de celles qui sont généralement adoptées
ours, et qui comprennent les trois groupes suivants :

s *fièvres éphémères*, qui durent un ou plusieurs jours, et qui com-
ıt la simple COURBATURE, la fièvre ÉPHÉMÈRE proprement dite, et la
ɛ.

s *fièvres continues*, comprenant les fièvres ÉRUPTIVES, la fièvre TYPHOIDE,
us, la fièvre JAUNE, la BILIEUSE des pays chauds, la PESTE, la fièvre
RALE. — On pourrait y joindre la maladie appelée improprement au Séné-
re rouge exotique (ou *Dengue*), puisque l'éruption, analogue à celle de
le, de la rougeole ou de la scarlatine, n'est pas constante. Outre les pro-
habituels des pyrexies (embarras gastrique bilieux principalement), il
ci une fièvre avec douleurs articulaires plus ou moins généralisées, mais
haleur, ni gonflement des parties affectées. L'exanthème, lorsqu'il
est d'une étendue et d'une durée variables, mais sans desquamation et
ıgine concomitantes. Le gonflement érysipélateux du nez est un de ses
res constants. Cette fièvre guérit le plus souvent en quelques jours
, *Arch. de méd. navale*, 1866).

es fièvres INTERMITTENTES, simples, rémittentes ou pseudo-continues.
r le diagnostic de ces différentes pyrexies, je n'ai qu'à renvoyer aux arti-
articuliers qui leur sont consacrés.

ÈVRE JAUNE. — Cette maladie, dont la nature est inconnue, sévit
ıe toujours d'une manière épidémique dans des contrées particulières.
été observée sans contestation aux Antilles, sur le continent des deux
iques, dans la partie occidentale de l'Afrique et, en Europe, sur le littoral
spagne, du Portugal, à Livourne, en Italie, à Dublin, en Irlande (Graves),
identellement en France, à Bordeaux, à la Rochelle, à Rochefort, à Brest,
1861 à Saint-Nazaire, où elle fut apportée par le navire de commerce
e-*Marie*, qui devint un centre d'infection pour sept autres navires dans la
le Saint-Nazaire (Mélier, 1863).

a considéré l'ICTÈRE GRAVE de nos contrées comme la fièvre jaune endé-
e; mais les faits connus ne permettent pas, dans l'état actuel de la science,
ınir ces deux maladies en une seule.

x travaux modernes qui ont été publiés sur la fièvre jaune, se rattachent
ons de Dalmas, Bailly, Cailliot, Chervin, Louis, Dutroulau, Rufz, Souty,

Thomas, Leconte, Magalhaes Coutinho, Cornilliac, O. Saint-Vel, et b
d'autres.

1° *Éléments du diagnostic.* — Dans les cas graves, il y a com
périodes. La première débute par une céphalalgie intense, des frisso
douleurs plus ou moins vives dans les membres, puis dans le dos. (
riode est caractérisée par les phénomènes suivants : face animée, bouffi
parfois de couleur acajou clair (Dutroulau), avec les yeux injectés,
larmoyants avec sensation de cuisson ; chaleur de la peau qui est qu
injectée à la poitrine, pouls médiocrement accéléré, plein, régulier;
complète, soif vive ; parfois douleurs à l'épigastre, mal de gorge (Lisbonn
langue sèche, d'un gris foncé ou recouverte d'un enduit blanc et humi
quefois violacé (Dutroulau); nausées et vomissements, d'abord sans c
spéciaux, survenant quinze, vingt heures et plus après le début ; selles
abdomen souple et indolent, si ce n'est à l'épigastre; insomnie, agitat
vent extrême, anxiété, rarement délire ; urines seulement un peu ro
parfois abondantes (Magalhaes Coutinho, *Gaz. hebd.*, 1858). — A une
période, il y a diminution de la céphalalgie et des autres douleurs, de l'i
des yeux et de la poitrine, puis apparaissent : la coloration jaune icté
la peau et des yeux (qui ne survient parfois que peu avant le terme f
dépression du pouls, qui devient petit et se ralentit; les vomissements
nant d'abord des parcelles noirâtres comme de la suie, puis devenant to
bruns ou noirs; les selles également noirâtres ou noires, rarement liq
bilieuses (Dutroulau); des hémorrhagies dans l'épaisseur des membres,
organes les plus divers, et par les solutions de continuité les plus légèr
peau ou des muqueuses (Saint-Vel); la persistance du malaise et de l'
la diminution des forces, le refroidissement bien avant l'agonie, parfois
pression de l'urine, ou des urines albumineuses. Quelquefois une rémissi
amélioration apparente dans les symptômes se manifeste, et une mort i
survient dans ces conditions. Cette rémission trompeuse a été appelée *le*
de la mort.

En dehors des cas graves dans lesquels se rencontrent la plupart de ce
tômes, il en est un certain nombre dans lesquels ces symptômes se t
considérablement atténués, ou réduits à un petit nombre, et dont la des
serait impossible. Il en sera question ci-après, en même temps que des
de diagnostic dont il n'est pas parlé précédemment.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de la fièvre jaune
être douteux lorsque l'on voit survenir les symptômes les plus graves
énumérés plus haut, et dont il est impossible de donner un tableau
satisfaisant, vu la variation des symptômes suivant chaque épidémie. I
gnostic sera rendu plus facile par le fait de l'habitation de l'individu qui
sente dans la zone où s'observe le plus habituellement la maladie, sur
existe manifestement déjà une épidémie de fièvre jaune dans le pays.

Mais il en est tout autrement si l'on est au début d'une épidémie et
affaire à des cas légers de fièvre jaune dans lesquels, ainsi que le rappe
dans ses recherches sur la fièvre de Gibraltar (*Mém. de la Soc. méd. d'*
t. II), il n'y a ni vomissements noirs, ni évacuations alvines de même
ni jaunisse, ni anxiété, et où la maladie paraît uniquement consister
mouvement fébrile peu marqué, avec céphalalgie plus ou moins inte
leurs dans les membres, dans les lombes et le dos, rougeur des yeux et
médiocre. Il est impossible alors de reconnaître ou même de soupçonn
tion, qui peut être prise pour une de ces fièvres éphémères dont il

e toujours déterminer le caractère. Cette difficulté de diagnostic est lus regrettable que l'erreur peut alors, selon l'expression de Louis, éritable calamité publique.

ınt, comme le fait remarquer l'auteur, « si l'on venait à observer de cas semblables à ceux dont il vient d'être question, en peu de ɛ mois d'août et de septembre, et dans la latitude où règne la fièvre es yeux étaient injectés dès le début, la figure rouge, la céphalalgie épigastre un peu sensible à la pression : on devrait vivement soup- tte affection, encore qu'il n'y ait pas d'épidémie déclarée; et il n'y de doute sur ce point, alors même que les symptômes se présente- ; le plus faible degré, s'ils venaient à se déclarer *chez tous les mem- plus grande partie des membres d'une même famille, au milieu démie* et dans un espace de temps peu considérable; car une affec- ce caractère n'atteint pas un aussi grand nombre de personnes d'une ille en si peu de temps, hors celui d'une épidémie de fièvre jaune » é).

he ou l'évolution des phénomènes symptomatiques n'a pas toujours té des deux périodes que j'ai rappelées. Outre que les cas légers à cette règle, il arrive quelquefois que la marche de la maladie est , et même *intermittente*, mais sans régularité dans le retour des ; Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds,* 1861) lement aux époques où règnent aux Antilles les fièvres intermittentes bre à mai). Ce sont des particularités qu'il ne faut pas oublier, non a durée habituelle de la maladie pendant quatre à vingt jours et compter la convalescence), et la possibilité des *cas foudroyants*, els la mort survient quelques heures après le début.

ıées étiologiques sont incomplétement connues, mais il en est de bien qui sont loin d'être sans valeur au point de vue du diagnostic. On ɛemple, que la fièvre jaune ne se développe que très-rarement en régions que j'ai précédemment indiquées; que l'humidité, les sai- et d'automne, et surtout une température de + 18° environ, favo- apparition et son développement; qu'elle atteint de préférence les non acclimatés, et enfin que la maladie est contagieuse. La contagion, discutée, ne laisse plus aucun doute après la constatation des faits azaire (Mêlier), et la publication de plusieurs travaux modernes, uels je signale l'article de M. Le Roy de Méricourt, publié dans les *le médecine navale* (1864, t. II).

ıdrait avec la fièvre jaune l'*hépatite*, qui n'est pas rare dans les première s'observe, si l'inflammation hépathique ne s'accompagnait louleur dans l'hypochondre droit, d'une augmentation de volume du a marche moins rapide de la maladie ne la faisait pas distinguer de ıne. — La *fièvre typhoïde* sera bien difficilement confondue avec qui m'occupe. Dans la fièvre typhoïde, en effet, le vomissement est l, il y a de la diarrhée, le ventre est météorisé, et la marche de la ordinairement lente; tandis que, dans la fièvre jaune, les vomisse- communs, il y a de la constipation, la forme du ventre est naturelle e de la maladie habituellement rapide. — On ne saurait confondre une, affection épidémique passagère, atteignant surtout les sujets bustes, avec des *fièvres palustres pernicieuses*, qui sont endémi- ıentes, et qui se développent plutôt chez des individus débilités s (Cornilliac, *Etudes sur la fièvre jaune*, 1864).

Mais il y a deux maladies qui ont de telles analogies avec la fièvre jaune dans beaucoup de cas, on est fort embarrassé d'en formuler les caractères tinctifs. Ce sont, dans nos contrées, l'*ictère grave fébrile*, qui a été consi comme une forme endémique de la fièvre jaune propre à notre climat, *fièvre bilieuse des pays intertropicaux* dans sa forme continue. J'ai ailleurs de ce diagnostic différentiel (*Voy.* BILIEUSE [Fièvre] et ICTÈRE).

Je n'ai rien à ajouter à ce qui précède, relativement aux *degrés* ou aux *mes* variables de la fièvre jaune, formes qui dépendent, et du degré d'inte lui-même, et de la prédominance ou de l'absence de certains symptôme Quant aux *complications*, elles sont rares.

On a noté des *parotides* ou des *abcès* multiples des membres comm accidents survenant dans la convalescence; les abcès paraissent dus à la puration de foyers hémorrhagiques qui se font dans l'épaisseur des memb

3° *Pronostic.* — Le pronostic à porter sur l'issue de la maladie doit to être extrêmement réservé dans le cours de la fièvre jaune, sa gravité n nullement proportionnée à l'intensité des symptômes. La mort a lieu da viron la cinquième partie des cas. Elle survient le plus souvent à la suite ensemble de phénomènes très-graves : agitation extrême, abattement pr déjections et vomissements noirs, hémorrhagies diverses, ictère plus ou généralisé, suppression des urines, quelquefois respiration anxieuse, co sions générales et écume à la bouche (Dutroulau). Mais d'autres fois la arrive inopinément à la suite de symptômes légers et très-peu caractéristi fièvre et douleurs peu intenses, diminution peu marquée des forces, al d'agitation, de vomissements et même d'ictère. Cependant, lorsque l'icté montre dans ces conditions et dans le premier septénaire, il annoncera mort prochaine; son apparition serait donc alors un signe de la plus haute g

La guérison a lieu, selon Dutroulau, lorsque les vomissements et les tions noires n'ont pas paru, lorsque les hémorrhagies passives n'ont p trop abondantes. Vers le sixième ou septième jour, quelquefois avant, l tion cesse, la peau devient moite et tiède, l'ictère se dissipe, ou, dans qu cas, au contraire, devient très-prononcé et comme critique; les urines c avec facilité, la langue s'humecte et se nettoie, mais elle peut rester roug dant longtemps et laisser suinter un peu de sang; les vomissements déjections changent de nature et finissent par se supprimer; la convale commence. Cette convalescence est toujours très-longue, même à la su cas légers, ainsi que Louis l'a fait remarquer, et les récidives de la n sont tout à fait exceptionnelles. Une atteinte de fièvre jaune préserve d'atteintes ultérieures.

FILAIRE OU **DRAGONNEAU**. — *Voy.* PARASITES (Animaux).

FISTULES. — A la suite des abcès comme des ponctions faites moyens de traitement, il persiste quelquefois des fistules qui ont une valeur diagnostique dans les maladies internes. Outre celles qui résult l'ouverture des abcès scrofuleux ou par congestion, on en rencontre qui muniquent avec des lésions des organes splanchniques. Dans cette dernièr constance, il est important pour le diagnostic de pouvoir reconnaître le poi départ du trajet fistuleux dans tel ou tel organe. Or, cette constatation est lorsque la plaie extérieure donne issue à des produits organiques ou à des duits de sécrétion qui révèlent par eux-mêmes les organes d'où ils provie comme de l'urine, des parcelles osseuses, de la lymphe, des matières nues dans le tube digestif, gaz, bile ou calculs biliaires, matières fécales, d

La difficulté du diagnostic anatomique des fistules n'existe que lorsqu

excrétées, comme le pus, n'indiquent aucune source organique parti-
lorsqu'un stylet ne peut pas parcourir le trajet fistuleux pour arriver
'organe lésé, et lorsqu'enfin aucun des commémoratifs ne peut éclai-
ı cause première de l'affection. Les fistules pulmonaires cutanées pré-
:n particulier des difficultés de diagnostic sur lesquelles Bouchut a
lcad. de méd., 1853). L'injection d'un liquide, l'iode, par exemple, qui
ɐ ensuite dans les crachats, comme cela est arrivé à Perrin (*Soc. de*
50), est la meilleure preuve de la communication du trajet fistuleux
ɩoumon, lorsque la plaie ne fournit pas un liquide mélangé d'air ou
ɜ à celui des crachats expectorés.

ICS. — On sait que les flancs sont compris, sur les côtés du ventre,
'rête iliaque et les fausses côtes. Comme les autres régions de cette
ur volume ou leur saillie est variable, mais ce n'est pas seulement par
léveloppement de l'organe principal qui leur correspond : le côlon ascen-
'oite et le côlon descendant à gauche. Les organes qui occupent les
ıdres, c'est-à-dire le foie et la rate, les reins situés sur les côtés de la
ertébrale, les ovaires chez la femme, envahissent assez souvent le flanc
:orrespond, lorsqu'ils prennent un volume considérable, ou lorsqu'ils
ınt de départ de tumeurs volumineuses, ou enfin lorsqu'ils se déplacent
le foie, par exemple). Les épanchements ascitiques et les phlegmons
se iliaque ou même péri-utérins peuvent aussi envahir les flancs.
ɡnes que fournissent ces régions se tirent : de leur volume plus ou
veloppé, soit par rapport aux parties voisines, soit par la comparaison
côtés; de la palpation et de la percussion, qui ont surtout pour but de
l'absence ou la présence de tumeurs plus ou moins étendues. La seule
: à faire lorsqu'il existe une tumeur, c'est que l'on doit toujours se de-
'il n'y a pas un amas de matières stercorales dans le côlon.

'ULENCE, FLATUOSITÉS. — *Voy.* Météorisme.

' (Bruit de). — *Voy.* Succussion.

:TUATION. — Sans parler de la fluctuation des abcès extérieurs,
ɩécialement étudiée par le chirurgien, et dont je n'ai pas à m'occuper,
erai que la fluctuation est importante aussi à constater par le médecin,
e se manifeste au niveau d'abcès d'organes splanchniques (*Voy.* Abcès),
ɋui arrive le plus souvent, qu'elle révèle la présence d'un liquide

çoit la fluctuation (sensation du déplacement d'un liquide), soit à la
simple, comme lorsqu'on pratique le toucher dans le pharynx, le va-
rectum, soit en refoulant successivement le liquide avec les doigts des
ıns, soit enfin en frappant au niveau de la collection liquide d'une
dis que l'autre, appliquée à une certaine distance, perçoit le choc du
foulé.

le, on peut percevoir la fluctuation au niveau des sutures dans l'hydro-
chronique, mais elle ne saurait démontrer si le liquide est intra-ara-
, ou bien intra-ventriculaire avec amincissement du tissu cérébral. —
si obtenu la fluctuation au niveau des espaces intercostaux, comme
ɑnchement pleurétique; mais elle y est difficile à produire et ne peut
ɩe que dans des conditions exceptionnelles (*Voy.* Poitrine). Corvisart
: comme un signe d'hydro-péricarde. — Mais c'est surtout au niveau
nen, dont les parois molles se prêtent plus facilement à ce mode d'ex-
que la fluctuation est fréquemment constatée. On peut l'y produire
ite, dans la *péritonite chronique,* dans l'*hydropisie* de la vésicule

biliaire, dans la *rétention d'urine* dans la vessie, ou dans l'hydropisie ré
(*Voy.* RÉTENTIONS), dans certains kystes de l'ovaire. La fluctuation est le
souvent obscure au niveau des kystes hydatiques.

FLUX. — L'écoulement plus abondant que dans l'état normal des liqui des sécrétions ou des excrétions a été désigné sous le nom générique de par les anciens, qui en ont fait le caractère principal d'une classe nomb de maladies particulières. Mais l'anatomie pathologique nous a montré q plus souvent, les flux sont des signes de maladies plutôt que des affec spéciales, et que le nombre des flux proprement dits, c'est-à-dire indépen de toute lésion locale appréciable de l'organe qui le fournit, doit être c dérablement restreint. On ne saurait, en effet, considérer comme de si flux les hémorrhagies, le vomissement, le choléra, la dysenterie.

On admet de nos jours comme flux non symptomatiques, lorsque par e sion on a pu écarter toute condition organique appréciable comme poi départ de l'excès d'excrétion, la *salivation* ou *sialorrhée*, la *bronchorr gastrorrhée*, la *diarrhée* et certains *flux bilieux*, la *polyurie*, la b *norrhée*, la *leucorrhée*, la *galactirrhée* et l'*éphidrose* ou sueur morbide.

Les flux symptomatiques sont quelquefois salutaires, lorsque, par exe ils constituent des crises heureuses, ce qui est infiniment plus rare qu'on pensait autrefois. Les flux idiopathiques abondants dus à des émotio l'action du froid et à d'autres causes mal déterminées, sont habituelle suivis de troubles de la santé et en particulier d'une faiblesse générale pl moins prolongée. C'est ce qui a été constaté par N. Guéneau de Mussy, ch femme atteinte d'un flux laiteux (galactirrhée), dont il a publié l'obser (*Arch. de méd.*, 1856, t. VII) et à propos de laquelle il a fait remarquer l'on ne peut admettre qu'il y a des flux morbides qu'à la condition qu'ils pour conséquence des désordres dans la santé.

FLUXIONS. — *Voy.* CONGESTIONS.

FOIE. — La situation du foie dans l'hypochondre droit, chez l'homme est essentielle à bien connaître, attendu que ses déplacements et les vari pathologiques de son volume fournissent des données diagnostiques grande valeur.

Ses limites inférieures, dans l'état physiologique, sont le rebord inférieur fausses côtes droites, sauf au niveau de l'épigastre, dont la partie supérieur occupée par le lobe gauche du foie. Mais ses limites supérieures ne saur être déterminées sur le vivant que d'une manière approximative par la per sion, le niveau de la convexité supérieure du foie étant éloigné des p costales. On est donc réduit à tenir compte de la matité réelle que donne parties du foie les plus voisines des parois thoraciques, pour juger de ses li supérieures, que l'on pourra supposer toujours plus élevées en réalité. D' les recherches de Monneret (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX), chez un h sain couché sur un plan horizontal, la matité hépatique commence à q centimètres au-dessous du mamelon droit, et la ligne qu'elle forme de rapidement de ce lieu vers la pointe du sternum, et au contraire s'abaisse à en se portant en dehors et en arrière. Monneret propose aussi, pour app la limite supérieure du foie, d'utiliser la ligne inférieure où cesse la vibr thoracique du poumon droit au niveau de la gouttière costo-diaphragm mais, de son aveu même, la ligne de vibration est inférieure de quatre c mètres à la ligne de matité; en sorte qu'on ne saurait mieux faire que de tenir aux résultats de la percussion, ainsi qu'à la palpation du lobe gauch épigastrique chez les sujets très-maigres, pour juger du volume normal du f

faut pas oublier d'ailleurs que, chez les très-jeunes enfants, le foie est ement plus volumineux que chez l'adulte, et qu'il déborde le rebord ur des côtes droites à la percussion et à la palpation. Suivant Frérichs, onsacré le chapitre III de son *Traité des maladies du foie* à l'explora- l'organe, le niveau supérieur de la partie du foie en rapport avec le ois thoraciques serait : au niveau du sternum, *la base de l'appendice de;* au-dessous du mamelon, la *sixième côte ;* au-dessous de l'aisselle, la *ne côte;* et près de la colonne vertébrale, la *onzième*. La limite vraie partie supérieure du foie se ait dans le cinquième ou ne espace intercostal en et dans le septième au ni- l'aisselle (*Traité prat. des foie*, trad. par Duménil et , 1863). Le même auteur le déplacement du foie sain rotation en avant sur lui- omme pouvant en imposer e hypertrophie, (*fig.* 66,). ur ma part, observé un de ce genre sur une

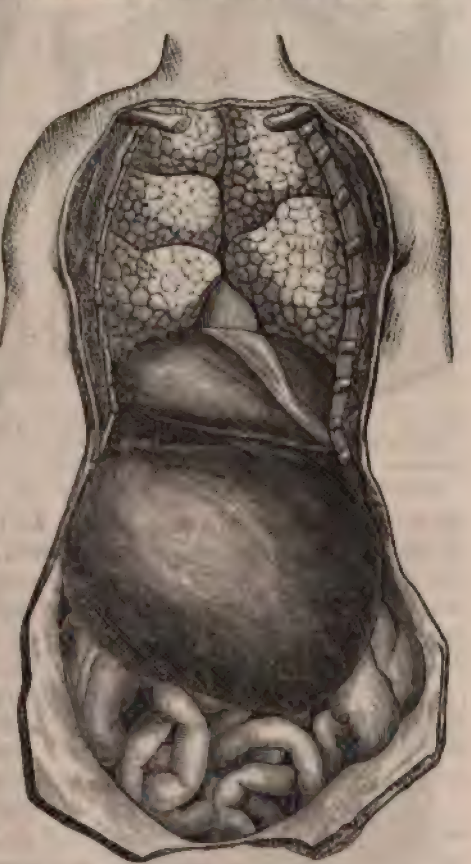


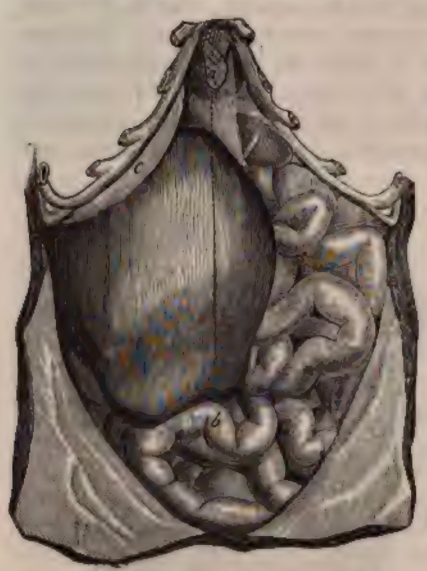
Fig. 66. — Basculement du foie d'arrière en avant simulant une hypertrophie.

l'état pathologique, la si- du foie peut changer, soit refoulement vers la poi- où j'ai vu sa matité remon- u'au niveau de la deuxième suite d'une ascite, soit par oulement vers l'abdomen, ut déborder plus ou moins s, par suite d'épanchements ques, dans les plèvres ou le de, comme le montrent les 67, 68 et 69, empruntées rage de Frérichs, ou par d'un emphysème pulmonaire tumeurs intra-pectorales considérables. Mais ce sont les augmentations de vo- propres du foie qui lui font ler inférieurement les côtes. ebord inférieur peut descendre alors jusqu'au niveau de l'os iliaque du roit.

Maladies. — Dans l'énumération que je vais faire des affections du foie, abstraction de celles des voies BILIAIRES, avec lesquelles il ne faut pas nfondre; je ne m'occupe pas non plus des affections hépatiques qui ne u'à l'état d'hypothèses, comme la cholestérémie (*Voy.* ce mot).

foie est atteint de CONGESTION, d'*inflammation* (HÉPATITE), d'*abcès*, de ITE de la veine porte, de *gangrène* (Budd), de l'affection mal définie sous omination d'*ictère grave*, de CANCER, de TRANSFORMATION *graisseuse* ou ATOSE, de CIRRHOSE, de *kystes hydatiques*, et plus rarement de kystes

simples, d'HYPERTROPHIE ou d'*atrophie* indépendantes d'une des lésion[s]
dentes. Enfin certains auteurs admettent, tandis que d'autres nient l'e



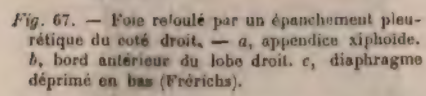

Fig. 67. — Foie refoulé par un épanchement pleurétique du coté droit. — *a*, appendice xiphoide. *b*, bord antérieur du lobe droit. *c*, diaphragme déprimé en bas (Frérichs).


Fig. 68. — Situation du foie déplacé [
chement dans la plèvre gauche (F

de la *névralgie* du foie (hépatalgie). La plupart de ces affections so
d'articles particuliers auxquels je renvoie. Mais le foie est quelquefoi
siége de lésions ou de troubles
giques dépendant d'une autre
tel est son développement da
chexie splénique et dans l'affecti
litique constitutionnelle du foi
enfants du premier âge; tels
core les phénomènes qui car
la fièvre pernicieuse dite hép
cystique. Graves, dans sa *Clin*
dicale (t. I, 30e *leçon*), dit a
contré huit ou neuf cas d'arth
le cours de laquelle sont surv
bord une hépatite avec ictère,
urticaire. La cause de cet ench
d'accidents est inconnue.



Fig. 69. — Situation du foie déplacé par un épanchement considérable dans le péricarde. — *a*, péricarde. *b*, sixième cote.

Enfin le foie peut encore êtr
de lésions simplement anat
c'est-à-dire ne donnant lieu
signe pendant la vie, et dont i
être traité dans cet ouvrage.
sions latentes que l'on rencontr
foie à l'ouverture des corps, sont : l'APOPLEXIE du foie, son *emphy*
concrétions biliaires se développant dans son parenchyme, la *dégén*

cée, qui y est plus fréquente que dans tout autre organe, suivant Wagner . p. 273), les *infarctus* (*Voy.* EMBOLIES), le *tissu érectile* et les masses *niques* et *adipocireuses*.

Symptômes ou signes. — Les phénomènes séméiologiques qui révèlent ence des maladies du foie énumérées plus haut, sont loin d'être tous gnomoniques.

cela même qu'une *douleur* occupe la région du foie, il faut se garder de qu'elle a son point de départ dans cet organe, car elle siége souvent, endamment de toute affection hépatique, au niveau de la peau ou des nerveux qu'elle recouvre (névralgie), au niveau des parois thoraciques, plèvre, des attaches du diaphragme ou du diaphragme lui-même, au des voies biliaires ou du péritoine voisin du foie. La preuve la plus conmte que la douleur siége dans le foie, c'est que la pression l'augmente lement lorsqu'elle s'exerce sur la partie de l'organe qui déborde les côtes, supposant augmenté de volume. La percussion de l'hypochondre produit une douleur par *commotion* qui aurait fait reconnaître une fois à Cruvei-'existence d'un abcès latent du foie (*Arch. de méd.*, 1857, t. IX, p. 55). npression douloureuse de l'hypochondre avec la main appliquée à plat n d'être toujours probante.

symptômes fonctionnels du foie ne peuvent servir que d'une manière directe au diagnostic. Il en est de même des phénomènes sympathiques scitent les maladies du foie, comme les troubles digestifs. Suivant Monqui a confirmé sur ce point l'opinion d'Hippocrate et de Galien, des hagies variées, principalement des épistaxis, jointes à d'autres phénomènes ant d'une maladie du foie, constituent un signe d'une certaine valeur *méd.-chir.*, 1849, et *Arch. de méd.*, 1854).

produits sécrétés par le foie (bile et glycose) intéressent principalement rien au point de vue du diagnostic. Depuis les travaux de Cl. Bernard, la on de la *glycose* est, en effet, considérée comme le point de départ al ou absolu de la présence du sucre dans les urines (GLYCOSURIE); et la nt la sécrétion ou le cours sont troublés, donne lieu à des phénomènes quables : à l'ICTÈRE, à des *flux bilieux*, à la *décoloration des fèces*. Il i que le premier et le dernier de ces signes sont plus souvent les consées d'une lésion des voies biliaires que du foie lui-même. L'ictère, que révèle liatement l'inspection de la peau, est aux affections hépatiques ce que le sement est à celles de l'estomac : un signe hybride dont il est quelquefois fficile d'établir la véritable origine.

Exploration.— L'*inspection* de la région du foie fournit quelquefois des es importantes. Ce sont : l'*ampliation* de l'hypochondre droit, ampliation dans certains cas une forme particulière (*Voy.* TUMEURS); des *tuméfac-inflammatoires* limitées et fluctuantes, dont la cavité communique avec un du foie; des *plaies fistuleuses* conduisant à ces abcès, ou des CICATRICES innt une ancienne lésion spontanée ou provoquée par l'emploi des caustiques.

palpation est d'une grande ressource comme moyen explorateur du foie l'il déborde inférieurement les fausses côtes. D'après ce que j'ai dit du ie augmenté de cet organe, on ne sera pas surpris si je dis qu'il faut uefois chercher le rebord du foie à la partie inférieure de l'abdomen, du à droite. Dans les cas où l'ampliation du ventre et surtout de l'hypolre droit fait soupçonner cette augmentation de volume, on cherchera d les parties non résistantes de l'abdomen, et, en partant de ces points, ercera des pressions successives et graduées en remontant vers les parties

supérieures, où l'on rencontrera le bord tranchant du foie. On constatera la régularité ou les irrégularités de ce bord, de même que l'on percevra, en palpant toute la partie de l'organe accessible à l'exploration, l'uniformité ou les bosselures qui peuvent exister à sa surface.

Le rebord du foie très-augmenté de volume vers l'abdomen remonte ordinairement suivant une ligne oblique qui se dirige de droite à gauche et de bas en haut, vers l'hypochondre gauche.

L'interposition d'un liquide abondant dans le péritoine (ascite) n'empêche pas de constater l'augmentation de volume du foie à la palpation, surtout si l'on comprime brusquement; le foie ainsi refoulé vient frapper la paroi abdominale par un choc en retour (Trousseau), ou bien l'on arrive directement à l'organe surpris dans son immobilité (Forget).

De ce que le foie déborde les côtes, il ne faut pas conclure toujours qu'il est augmenté de volume, comme je l'ai rappelé plus haut, car il peut n'être que refoulé ou renversé de haut en bas, ou bien déplacé, en conservant son volume normal. On devra donc toujours s'assurer, en pareil cas, de l'état des parties voisines du foie.

La *percussion* de cet organe vient en aide à la palpation. Elle est même le seul moyen de reconnaître le développement anomal de l'organe supérieurement ou vers la poitrine. J'ai dit précédemment combien la matité que fournit le foie dans cette direction peut être considérable et s'élever en hauteur, surtout lorsqu'à son augmentation de volume se joint son refoulement vers le thorax. La percussion fournit un son clair au niveau de la région du foie dans la cirrhose, dans certains ictères graves, et dans les cas où le foie déborde les côtes par suite d'un simple déplacement dû à un emphysème pulmonaire, ou bien à un pneumo-thorax du côté droit; bien plus rarement le son clair résulte d'une tympanite péritonéale ou de la présence de l'air dans un kyste hydatique resté intact, comme Barth et Hardy l'ont signalé à la Société des hôpitaux (nov. 185[illegible]

Cette appréciation du volume et de la position du foie à l'aide de la palpation et de la percussion présente assez souvent de grandes difficultés, dont les causes ont été bien indiquées par Frérichs (*ouvrage cité*). Il fait remarquer avec raison que le volume du foie peut paraître normal et cependant contenir des tumeurs assez volumineuses (carcinome, hydatides); que l'organe présente quelquefois des changements notables de forme et de situation sans que son tissu soit altéré; et enfin qu'il est difficile d'établir dans certains cas les limites exactes qui séparent le foie des organes ou des produits pathologiques situés dans son voisinage.

D'autres moyens explorateurs peuvent encore être mis en usage au niveau du foie : l'*auscultation* dans des cas très-rares de communication morbide entre un abcès du foie et les voies aériennes (*Voy.* CAVERNEUX [Bruits); la MENSURATION avec le cyrtomètre, qui permet d'apprécier les changements de volume du foie qui ne sont pas appréciables à la vue; les PONCTIONS EXPLORATRICES, et enfin, dans les cas rares de fistules existant au niveau du foie ou sous le rebord des fausses côtes, l'introduction d'un *stylet*, indiquant la direction du conduit anomal et, jusqu'à un certain point, son siége. On ne saurait trop recommander les plus grandes précautions pour cette dernière exploration, le stylet pouvant rompe des adhérences protectrices.

FOLIE. — Je ne me crois pas autorisé, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, à faire une étude minutieuse du diagnostic de la folie, qui constitue presque une science à part. Je me contenterai donc d'exposer les généralités qui me paraissent le plus utiles à la pratique.

• *Éléments du diagnostic.* — Les éléments du diagnostic de la folie doivent ' cherchés dans les symptômes actuels, d'abord du côté des fonctions de rela-, et secondairement du côté des appareils de nutrition. Comme dans toutes affections cérébrales, ce sont les fonctions intellectuelles, celles de la sen-ité et de la myotilité qu'il faut interroger, en insistant toutefois sur la pre-e de ces fonctions.

s désordres intellectuels, symptômes fondamentaux de la folie, peuvent généraux ou partiels : distinction capitale en ce que l'une ou l'autre de onditions domine la physionomie symptomatique de la maladie.

intelligence peut être *généralement troublée*, soit par suite d'une *exal-n* et d'une excitation qui constituent un délire plus ou moins aigu, soit au aire par une dépression, un *affaiblissement* ou une abolition complète des és de l'entendement, qui se rencontrent dans plusieurs formes d'aliénation ale dont je parlerai plus loin, soit enfin par une *perversion* généralisée mêmes facultés. Cette exaltation, cette perversion ou cette obtusion géné-varient d'ailleurs à l'infini pour le degré d'intensité. Cependant il est une qui est beaucoup plus variable encore : ce sont les altérations *partielles* ntellect, qui se rattachent par de nombreuses nuances insensibles et im-bles à préciser, à des conditions considérées comme raisonnables et phy-iques : c'est une vérité que Leuret a surtout mise en relief. Ces altérations lles, innombrables dans l'espèce, seront résumées plus loin.

x lésions des *sensations* se rapportent les *hallucinations*, les *illusions* ifférents sens, et les aberrations de la sensibilité qui caractérisent les es, les succubes, etc. Beaucoup des aliénations qui précèdent va-suivant les *passions* de chaque individu, et les entraînent quelquefois actes irrésistibles et par conséquent involontaires, d'où résultent des ac-en apparence criminelles, mais qui ne sont qu'insensées. Ces actes dé-s varient d'ailleurs à l'infini et sans avoir ordinairement des conséquences tes.

myotilité présente aussi, chez un assez grand nombre de sujets, des trou-particuliers dont les principaux sont les suivants : une agitation passagère ntinuelle, des mouvements bizarres ou désordonnés, des grimaces, des lements partiels ou généraux, des contractures, des convulsions ou de ralysie. Enfin l'*insomnie* accompagne très-souvent la folie, surtout lors-le est encore assez récente.

s *fonctions de nutrition* ne présentent que des données très-secondaires iagnostic. La fréquence du pouls, si bien étudiée par Leuret avec Mitivié et Foville, est en général plus grande que dans l'état normal; mais la moyenne ette fréquence, qui varie suivant les formes d'aliénation, est peu élevée (82). L'appétit est variable, naturel, diminué, ou changé en véritable voracité; ains malades refusent de manger par suite de conceptions délirantes; il y a ois des alternatives de constipation et de diarrhée, une salivation habituelle; n tantôt il existe un marasme général, et tantôt une obésité plus ou moins noncée.

• *Inductions diagnostiques.* — Malgré les nombreux éléments de diag-tic que je viens d'indiquer rapidement, le délire général ou partiel et l'affai-sement ou l'abolition des facultés intellectuelles qui constituent la folie ne t pas tellement tranchés dans leurs caractères, qu'il soit toujours facile de distinguer des troubles intellectuels analogues qui s'observent comme sym-mes ou complications accidentelles dans le cours d'un grand nombre de adies. S'il est certaines formes de folie, en effet, qui dès l'abord se distin-

guent de toute autre affection, il en est d'autres où il est très-difficile de prononcer. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si l'on a affaire à folie générale ou partielle doit toujours être le point de départ du diagnostic.

A. — Lorsqu'il y a altération générale des facultés de l'entendement, affaire à la manie, à la démence avec ou sans paralysie générale, ou à diotie.

La *manie* se reconnaît à l'exaltation ou à la perversion expansives des tions intellectuelles, de la sensibilité et de la myotilité. Cette forme de facilement confondue avec le délire aigu ou furieux qui survient dans cert fièvres continues graves, ou dans des fièvres intermittentes pernicieuses, et peut dire qu'il n'existe pas d'asile d'aliénés où une erreur de ce genre n'a adresser des malades victimes de cette triste méprise, à la suite de l'affec typhoïde, par exemple.

Comment faire pour ne pas tomber, en pareils cas, dans l'erreur, erreur grave, puisque l'on peut attribuer à un individu, et lorsqu'elle n'existe pas, une ladie considérée en général par les familles comme une sorte de honte? D'a les caractères du délire en eux-mêmes sont insuffisants pour établir le diagn différentiel, puisque ce sont précisément ces caractères qui donnent lieu confusion; aussi est-ce avec raison que plusieurs observateurs autorisés regardé comme identiques dans beaucoup de circonstances les deux esp de délire, que l'on peut appeler le délire des maladies et le délire de la f Il faut donc tenir compte de l'ensemble des éléments du diagnostic et non seulement des symptômes actuels, pour arriver à déterminer s'il y a vrai folie; et encore existe-t-il des cas où l'on n'arrive pas à résoudre le probl Une des particularités distinctives indiquées principalement entre les deux s de délire est l'existence préalable ou l'absence d'une maladie pouvant donner au trouble de la raison; car lorsque cette maladie existe, on peut présumer s'agit d'un délire symptomatique aigu ou chronique. Cependant une maladie récente ou actuelle peut se compliquer d'une véritable folie chez des indi prédisposés, et cette prédisposition est une question toujours délicate et dif à résoudre. En définitive, c'est principalement la marche ultérieure du d qui sera le meilleur caractère distinctif. Le délire symptomatique, en effet graduellement ou rapidement en diminuant; le délire véritablement mani au contraire, tend à persister outre mesure, à s'aggraver, et parfois à se tr former en une forme plus fâcheuse, la démence. L'absence de toute mal précédant le délire est une condition dont la signification est des plus ne car elle doit faire admettre que ce délire caractérise l'aliénation men cependant ici encore on se prononcera avec réserve; car si l'influence de l rédité ou l'action d'une cause morale puissante permettent de croire à la f il peut arriver qu'une maladie méconnue ou latente soit le point de dépa délire : tel est celui que produit l'intoxication paludéenne chez des sujets habitent des contrées maremmateuses ou qui y ont séjourné ; tel est le d des autres intoxications, celui de l'hystérie.

Il est d'autant plus important de reconnaître la véritable origine du d paludéen, qu'il survient par accès, et que, le premier passé, le second p enlever rapidement le malade.

C'est sans doute à des délires analogues que l'on a appliqué la dénomin de folies intermittentes périodiques, dont la guérison par le sulfate de q révèle la nature.

La *démence* ou affaiblissement intellectuel, qui offre un grand nombre de grés, peut ne consister d'abord que dans la lenteur ou la paresse des fonct

, principalement de la mémoire, qui fait de plus en plus défaut. Il lées une incohérence de plus en plus grande, qui peut se manidans l'écriture, une indifférence de plus en plus remarquable ts et les personnes, et un défaut complet de spontanéité et de mence accompagne souvent la paralysie générale et succède fréx diverses autres formes de folie. L'affaiblissement intellectuel ue à la suite des maladies aiguës graves, et qui n'est habituellenentané, ne saurait être confondu avec la véritable démence, qui e et habituellement irrémédiable.

e constitue seulement l'imbécillité ou l'idiotie plus ou moins comtellement facile à reconnaître, que je n'ai pas à y insister. L'oblitération intellectuelle qui la caractérise date de la première de la vie intra-utérine, et résulte d'une lésion cérébrale : ces isent pour lui assigner sa place dans le cadre nosologique et pour uer des autres espèces d'aliénation mentale.

les cas de *délires partiels*, qui sont caractérisés par la limie, ceux qui résultent de la folie (*monomanies*) sont aisément disélires symptomatiques ou sympathiques qui se montrent comme ordinairement ultimes des maladies. La véritable monomanie se is fièvre et survient spontanément; elle a le plus souvent une et s'aggrave souvent, tandis que le délire partiel symptomatique, urvenir à la suite d'une maladie aiguë grave, ne persiste pas longà disparaître graduellement, comme j'en ai observé deux exemples 'affection typhoïde. C'étaient des conceptions délirantes étranges ient les malades, mais qui disparurent spontanément environ près leur apparition.

l peut arriver, comme pour les délires aigus, que la maladie susujet prédisposé, l'apparition d'un délire partiel que l'on doit con- une aliénation mentale; et ici encore on n'a, comme critérium eur, que la marche passagère ou permanente des accidents déli-

nie revêt des formes extrêmement variées qui sont presque toutes *hérence limitée des idées*, les *conceptions délirantes*, les *hallu- illusions*, et la *stupidité* de Georget et de Ferrus, dénommée *vec stupeur* par Baillarger, sont les monomanies principales. Et ile de subdivisions plus ou moins importantes, elles me paraissent eler, attendu qu'elles sont uniquement fondées sur l'espèce d'idée ou sur l'espèce de sensation, de sentiment ou d'instinct pervertis. quer que la stupidité est rangée par quelques aliénistes parmi les s, depuis que Baillarger a signalé l'activité réelle de l'esprit dans aliénation, activité se traduisant par les hallucinations, les défiances chimériques.

it bien constatée, il est urgent d'en rechercher la cause, qui est si re. Il y a d'ailleurs peu de données étiologiques dont la connaisvenir en aide au diagnostic. L'*hérédité* qui se rencontre chez le es aliénés pauvres et chez plus de la moitié des riches (Esquirol), *caractère*, l'ÉPILEPSIE, dont les accès sont souvent suivis de , l'*état puerpéral*, sont des conditions dont on devra tenir causes prédisposantes.

illera aussi que la maladie se développe chez les deux sexes, et me avance dans la vie, plus il est disposé à la perte de la raison

(Esquirol, Leuret). Parmi les causes occasionnelles, je citerai princip l'*abus des boissons alcooliques* (*Voy.* ALCOOLISME), l'*allaitement* pr (Marcé), les *pertes séminales involontaires* (Lisle), les *inflammations phaliques*, les *coups sur la tête*, les *fièvres graves*, même le *rhum* (Mesnet), et surtout les *causes morales*, qui sont les plus nombreuses.

Il me reste à exposer, après les généralités qui précèdent, quelques rem sur la folie simulée ou dissimulée, sur les lésions, sur les complications, et sur le pronostic de l'aliénation mentale.

La *simulation de la folie* pourra échapper facilement à l'observation, médecin n'a pas de connaissances spéciales qui lui rendent familière l'ét l'aliénation mentale. S'il est suffisamment compétent, au contraire, il évit tomber dans le piége en s'appuyant sur l'examen du malade, qu'il soum plusieurs interrogatoires, à une observation suivie, surtout à l'insu de l'in et en tenant compte des détails d'une enquête minutieuse sur les faits C'est en ayant égard à l'ensemble des phénomènes, en pesant la valeur d tains symptômes et en constatant ceux qui ne sauraient être simulés suf ment, que l'on pourra démêler en pareil cas la vérité. La stupidité sera des formes le plus souvent simulées, suivant Snell (d'Eichberg).

La sagacité du médecin compétent saura plus facilement encore discen folie *dissimulée*, qui n'est pas si rare qu'on pourrait le croire, surtout da asiles d'aliénés, où les efforts de certains malades, dont la raison n'est pas plétement altérée, tendent vers un but ardemment désiré : la liberté.

Tous les genres de folie peuvent exister sans *lésions matérielles* appréci c'est un fait facilement constaté par les aliénistes qui ont fréquemment l'oc de faire des nécropsies. Aussi, quoique certaines lésions soient fréquente des formes particulières d'aliénation, comme le ramollissement de la c corticale du cerveau dans la folie avec paralysie générale, ces lésions n'ét constantes ni spéciales, on ne saurait se baser sur elles pour distinguer le férentes espèces d'aliénation mentale, ni par conséquent chercher à étab diagnostic anatomique de la maladie.

Je viens de parler de la paralysie générale; c'est le plus souvent une *co cation* de l'aliénation mentale, complication redoutable qui mérite toute l' tion du médecin (*Voy.* PARALYSIE GÉNÉRALE), mais qui peut aussi *précé* folie, comme l'ont établi les recherches modernes. Les *maladies incident* surviennent chez les aliénés, et qui ne peuvent pas être considérées, à propr parler, comme des complications de l'aliénation mentale, empruntent s des caractères particuliers à cette coïncidence. Beaucoup, par exemple, s une marche latente et passent souvent inaperçues parce que l'on n'est pas à explorer suffisamment le malade; telles sont certaines phthisies pulmo la pneumonie, la pleurésie chronique, la péricardite, etc. — Par sa fré (la moitié des cas, suivant Calmeil), la *colite* chronique des aliénés méri mention particulière. Dans l'asile de Clermont (Oise), je l'ai vue très- associée, surtout pendant le printemps, à l'espèce de *pellagre* endémique par Billod (*Arch. de méd.*, 1858) et qui m'a paru toujours être le résultat de l'insolation.

3° Le *pronostic* de la folie présente un fait général d'une grande imp pratique et sur lequel Esquirol a attiré l'attention : c'est que la term favorable est généralement d'autant plus à espérer que la maladie est plus ré Par conséquent, la folie aiguë est beaucoup plus souvent curable que chronique. La manie est la forme qui guérit le plus fréquemment, puis monomanie et principalement la lypémanie. Esquirol considère comme

nces heureuses pour la guérison de la folie la persistance de dérangements les dans les fonctions de la vie de nutrition, et l'action passagère des causes les. Il signale, au contraire, comme conditions défavorables expliquant l'inilité : l'intégrité des fonctions assimilatrices sans diminution du délire, n prolongée des causes morales, les excès d'étude surtout avec des écarts ime, la prédominance des idées religieuses ou d'orgueil et des hallucina- la conscience de l'existence de la folie, l'obtusion prononcée de la sensi- qui permet à l'aliéné de fixer le soleil, etc., et le plus souvent l'existence émence, qui ne guérit presque jamais, surtout lorsqu'elle est chronique. psie et la paralysie générale sont des coïncidences qui rendent la folie ent mortelle, sauf dans des cas très-exceptionnels, du moins pour l'épi- comme j'en ai rappelé un exemple (p. 376), dans lequel une démence e a guéri sous l'influence de la disparition des accès épileptiques. La réditaire expose principalement aux récidives.

LICULITE. — *Voy.* ACNÉ et VULVITE.

CTIONNELS (Symptômes). — *Voy.* EXAMEN DES MALADES.

CES (État des). — Envisagé d'une manière générale, l'état des for- subordonné aux causes qui peuvent influer sur l'action musculaire, soit en nt outre mesure, soit, au contraire, en la déprimant, soit enfin en donnant ne perversion manifeste de cette action.

t général des forces est exagéré dans l'agitation ou la fureur délirantes, des affections convulsives généralisées. On sait combien il est souvent , en pareil cas, de maintenir les patients, et combien le degré de résis- u'ils opposent est parfois extraordinaire relativement à l'état habituel de ce musculaire. Cette énergie excessive des mouvements n'a d'ailleurs par me qu'une signification secondaire, vis-à-vis du délire et des convulsions. iminution générale des forces est beaucoup plus commune que leur exa- ı. Elle est habituelle chez les vieillards (*Voy.* AGES, p. 23). L'affaiblisse- abattement, la prostration, l'adynamie, le collapsus, en constituent autant rés différents, qui sont maintes fois la première donnée du diagnostic. de seule du malade révèle son degré de prostration.

erversion des forces musculaires en a imposé longtemps pour un affai- ent paralytique; mais de nos jours, on se rend mieux compte de cette ion, et l'on sait que certaines *lésions du cervelet*, un assez grand nom- ffections dites *paralysies générales*, et la maladie, encore obscure dans re, que Duchenne (de Boulogne) a appelée *ataxie locomotrice*, présen- tte perversion des forces musculaires générales.

t des forces est un des éléments des phénomènes généraux des maladies. t donc établir que, dans les *maladies aiguës*, l'état des forces est in- principalement par la fièvre. L'intensité de la fièvre produit, en effet, e-même, ou un accroissement insolite, ou une dépression plus ou moins des forces ; mais ce sont surtout les fièvres proprement dites, consti- les maladies générales graves, qui ont une influence marquée sur l'état ces. Elles les dépriment souvent dès le début d'une manière tellement no- ue la prostration est alors d'une valeur séméiologique très-grande. C'est, emple, ce qui arrive au début de la fièvre typhoïde, du typhus, de la etc., dont les premiers symptômes ne sont nullement en rapport avec le l'abattement et de faiblesse que présente ordinairement le malade. Il ieux du reste de chercher à faire une énumération particulière de toutes ladies aiguës dans lesquelles les forces sont notablement altérées. La pro- adynamique est surtout fréquente chez les vieillards.

Dans les *maladies chroniques*, la dépression des forces peut exister a le début, comme on le voit dans le *scorbut*. La faiblesse est prononcée (*rachistisme* et même dans la *nostalgie*. Mais ce sont principalement le tions dans lesquelles l'organisme subit des pertes incessantes qu'il ne parer, ou bien dans celles qui entraînent une cachexie graduelle dont intime reste un mystère, que la perte graduelle des forces est incessante Elle reste ordinairement plus ou moins stationnaire après ses premiers dans les cas si fréquents d'anémie; toutefois elle n'est que temporaire de pertes accidentelles de sang.

Dans la *convalescence* des maladies, l'état des forces présente ce (que leur retour est d'autant plus rapide que la maladie a été de plus cou et au contraire, d'autant plus lent que la maladie a été plus prolongée et pl

FORME. — *Voy.* INSPECTION.

FOSSE ILIAQUE. — *Voy.* ILIAQUES (Régions).

FOSSES NASALES. — *Voy.* NASALES (Régions).

FOURMILLEMENTS ou **FORMICATIONS.** — Les fourm que les malades accusent dans les extrémités, et principalement dans mités inférieures, consistent en des sensations diverses plus ou moins puisqu'ils peuvent ressembler à des piqûres d'aiguilles multipliées. ordinairement les fourmillements coïncident avec une diminution de la lité cutanée au même niveau. Ils sont parfois généralisés à une des e ou limités à la zone de l'épanouissement d'un nerf, au niveau de l'an du petit doigt d'une main, par exemple.

Les fourmillements qui occupent avec persistance les deux extrém rieures simultanément doivent faire redouter une affection de la m nière. Ces fourmillements sont aussi un signe de la *méningite rach* et des *pertes séminales* involontaires. Dans une extrémité supérieure vent faire penser au début d'un ramollissement cérébral, mais ce si je suppose ainsi isolé au début de la maladie, ne tarde pas à être gné, s'il ne l'est d'abord, d'autres signes d'une grande importance, tel douleurs locales au niveau de la lésion, des contractures ou bien des par la myotilité et de la sensibilité. En pareil cas, la valeur des fourmille des engourdissements n'est plus que secondaire. Il en est de même résultent de l'*oblitération* artérielle ou veineuse des membres.

Enfin les fourmillements, après s'être limités aux extrémités supé inférieures, envahissent ensuite tout le corps dans l'*ergotisme conv* l'absence de lésions matérielles. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que millements peuvent se rencontrer dans une foule d'autres cas où il n' de lésions, et que, de même que la paralysie, ils ne sont quelquef signe de névroses. Il faudra donc se garder de se prononcer immédiate la signification des fourmillements des extrémités, et tenir compte de l' de toutes les données qui pourront servir au diagnostic.

FRACTURES. — Je n'entends rappeler sous ce titre que les spontanées qui s'opèrent subitement : dans l'*ostéomalacie ;* au nivea altérés par une lésion *cancéreuse* ou *syphilitique*, ou même au nivea sains, comme plusieurs observateurs l'ont constaté pour les côtes pa secousses d'une *toux opiniâtre* Hérard a communiqué un fait rem de ce dernier genre à la Société des hôpitaux. Malgaigne, et Cas regarde la grossesse comme une cause prédisposante), en ont aussi renc exemples.

FRAMBŒSIA. — Le frambœsia est connu en Amérique sous le

ou *épian*, et en Afrique sous celui d'*yaws*. Il est caractérisé, sur des sur- de la peau plus ou moins étendues, par des tubérosités semblables à de s végétations rouges, isolées à leur sommet, réunies à leur base sous forme bercules durs et résistants et dont l'aspect et le volume rappellent les oises ou les mûres. Ces *tubérosités* débutent par de petites *taches* d'un obscur, et une fois développées elles se recouvrent de *squames* sèches, uefois s'ulcèrent, et le liquide sanieux qui s'écoule de l'*ulcération* de mau- nature peut se dessécher en *croûtes épaisses* autour des végétations, et les e pendant quelque temps méconnaissables. Pour le docteur Rufz, qui a ré fréquemment cette affection à la Martinique, elle n'est rien autre chose e lésion syphilitique, ce que son caractère contagieux et inoculable vient mer. C'est ce double caractère qui empêche de confondre le frambœsia in et le bouton d'Alep, avec lequel il a une certaine analogie (*Voy.* BOUTON P).

ÉMISSEMENT. — Le nom de frémissement, donné au simple trem- nt musculaire, doit être réservé pour exprimer une *sensation tactile* e par l'application de la main de l'observateur, dont les caractères varient, constitue un signe plus ou moins important. La principale de ces sensa- est le *frémissement cataire* ou vibratoire de Laennec, dont il sera plus ulièrement question dans cet article. On a aussi appelé *frémissement tique* la sensation de frémissement particulier que donne la percussion de nes tumeurs hydatiques. Enfin on doit ajouter le frémissement que la perçoit au niveau des *poumons*, comme au niveau du *cœur*. Il est à quer que, dans ces deux derniers cas, le frémissement a son point de t dans la séreuse (frottement) ou dans l'organe sous-jacent. Au niveau du en effet, le frémissement vibratoire imprimé à la main se produit entre uillets du péricarde devenu rugueux, ou bien au passage du sang au a d'indurations ou d'inégalités des orifices. Au niveau des poumons, c'est encore le frottement des feuillets opposés de la séreuse, c'est-à-dire de vre, et tantôt la crépitation de gros râles bullaires dans les cavités aériennes, onnent lieu à la production du phénomène.

s différentes espèces de frémissement, dont on pourrait encore augmenter mbre, mais sans aucun intérêt pour la précision du diagnostic, sont loin ir tous la même importance. Celui de moindre valeur est le frémissement ire, qui se produit dans les bronches et dans les cavités accidentelles où le l'air à travers des mucosités (bronchite capillaire généralisée, asphyxie cume bronchique, cavernes pulmonaires). Les frémissements pleurétique datique, dont il a été question à propos du FROTTEMENT (bruit de) et des TIDES, et le frémissement péricardique et cardiaque surtout, ont une bien grande importance.

dernier, dénommé frémissement *cataire*, mérite une attention toute par- ière Il donne à la main de l'observateur appliquée à la région précordiale, nsation d'une succession de frôlements ou de frottements plus ou moins s (suivant son intensité), synchrones avec chaque retour des mouvements cœur, ainsi que l'on peut s'en assurer en tâtant le pouls du malade, en e temps que l'on explore la région précordiale.

rsque l'on constate le frémissement vibratoire ou cataire à la région pré- iale, il faut d'abord établir son véritable siége dans le péricarde ou dans le r, car cette distinction a une très-grande importance.

e frémissement péricardique est plus superficiel, parfois saccadé, et il est intense à l'auscultation qu'à la palpation.

Le frémissement vibratoire produit dans l'intérieur du cœur, et a Laennec a spécialement appliqué la dénomination de *cataire*, paraît plu fond que le frottement péricardique; il est uniforme et sans saccade l'auscultation, son intensité, au lieu d'augmenter, diminue, parfois m transforme en souffle. Dans les deux variétés de frémissement, l'ausc fournit d'ailleurs les caractères différentiels des bruits anomaux qui a pagnent alors le frémissement vibratoire (*Voy*. FROTTEMENT, p. 421).

Ces caractères différentiels ne doivent pas être oubliés, car il n'est p d'avoir à décider la question de siége du bruit anomal, et cette quest toujours grave; car il s'agit de déterminer si l'on a affaire à une péricar bien à une lésion chronique profonde des valvules du cœur. La péricard effet, est ordinairement curable ou en voie de résolution, tandis qu'une valvulaire est essentiellement incurable et progressive.

FRIGIDITÉ. — Appliquée aux fonctions génitales, cette dénomi exprime leur inertie fonctionnelle, même dans les conditions les plus fav à l'excitation du sens génésique. La frigidité se remarque dans un nombre de conditions pathologiques, mais elle n'a d'importance que da petit nombre de circonstances et notamment chez les sujets atteints de *séminales involontaires*, et chez ceux qui ont été soumis à l'intoxicati le *sulfure de carbone*. Dans ce dernier cas principalement, la frigidité symptôme important (Delpech); mais dans les faits rapportés, on ne voit signe exister isolément et marquer le début de la maladie (*Voy*. PERTES NALES, INTOXICATIONS).

FRISSONS. — *Voy*. FIÈVRE.

FROID. — *Voy*. CALORIFICATION.

FROISSEMENT PULMONAIRE (Râle ou bruit de). — Fou ainsi désigné un bruit anomal d'auscultation dont les caractères et les tions organiques ne sont pas parfaitement définis. Il en distingue trois fo 1° à son plus haut degré, c'est un *bruit de cuir neuf* (se passant dans les aériennes), qui ne diffère du bruit de cuir neuf de la péricardite qu'en son timbre a quelque chose de plus aigu; 2° à un degré moins élevé, c'es sorte de *bruit plaintif*, *gémissant*, à intonations variées suivant l'état pression du malade, suivant la force et la rapidité de la respiration; 3° à son troisième degré, qui est le plus faible et le plus fréquemment obse rappelle tout simplement le *bruit léger*, *rapide et sec* que l'on obti soufflant sur du papier très-fin, comme par exemple le papier sec et tra rent nommé papier végétal (*Rech. sur l'auscultation*, 1839). Suivant le observateur, ce bruit de froissement se produit ordinairement pendant l ration, parfois aussi dans l'expiration, mais alors il est moins prononcé qu l'inspiration : son intensité est en raison directe de la force avec laqu malade respire.

Suivant Fournet, ce bruit anomal s'entendrait principalement dans la ph *pulmonaire*, et serait un signe diagnostique de cette affection *dans la se moitié de la première période et au commencement de la seconde.* Il r naît toutefois l'avoir rencontré chez une femme dont les poumons étaient ment comprimés et aplatis par une tumeur du médiastin, et chez un malade, au niveau d'une caverne vide, à parois denses et flexibles, ress parfaitement à une lame de cuir, et produisant le bruit de froissement p mouvement de va-et-vient.

Le râle de froissement pulmonaire serait un bruit sec, indépendant de sécrétion humide; or, c'est précisément ce que Fournet ne s'est pas

: à démontrer, en se contentant de dire que ce bruit résulte du frois-
:du tissu pulmonaire « luttant avec effort et avec bruit contre l'obstacle
le son expansion. » Il ne dit pas, en effet, si la toux modifie ou non le
omal, circonstance qui est cependant capitale; car on peut admettre la
e de mucosités plastiques comme cause du phénomène, si la toux le fait
ître, tandis que son intégrité après la toux et sa persistance avec les
es d'abord constatés, devraient le faire considérer comme un bruit que
rai de tissu, et indépendant de toute sécrétion humide. Quant à moi,
sque toujours rencontré les bruits variés rangés par l'auteur sous la
nation de râle ou bruit de froissement dans la catégorie des râles plus
s humides, et par conséquent dans des conditions pathologiques très-
. Comme bruit respiratoire sec ou de tissu, je n'ai trouvé dans la phthisie,
respiration bronchique, caverneuse ou amphorique, que la respiration
pelle *granuleuse*, mais qui est essentiellement différente par ses carac-
es variétés du bruit de froissement de Fournet (*Voy.* GRANULEUSE
ation), et les bruits de frottement, dans lequel J. Arnould englobe les
le *craquement pulmonaire* (Laennec), de *froissement* (Fournet), de
nent de soupape (Barth et Roger), de *respiration granuleuse* (Woillez),
ins *craquements humides* de la phthisie (*Union méd.*, 1864). Cette
tion, qui a son côté vrai dans certains cas, est exagérée.

LEMENT, FROTTEMENT (Bruits de). — Quel que soit le siége
t de frottement, il exprime toujours le froissement réciproque de deux
s plus ou moins rugueuses passant l'une sur l'autre. Il offre des
très-variés, depuis le simple *frôlement* jusqu'à la rudesse la plus
ée, que l'on a comparée au bruit du *cuir neuf*, ou d'une *râpe* en
Il résulte presque toujours de la perte du poli des séreuses par suite de
lammation.

ruit de frottement se constate au niveau des plèvres, du péricarde, du
e ou de la tunique vaginale.

LÈVRES. — Le bruit de frottement pleurétique, signalé par Honoré et
par Reynaud (*Journ. hebdom. de méd.*, 1829, nº 65), s'entend à l'aus-
n surtout dans l'inspiration, plus rarement dans les deux temps, et quel-
seulement à la fin des longues inspirations. Il siége tantôt en dehors de la
e, où l'amplitude plus grande des mouvements respirateurs le fait plus
ement constater, tantôt en avant dans la région sous-claviculaire, tantôt
ère vers le sommet ou vers la base. Il est rarement généralisé. Il m'a paru
uatre degrés différents, caractérisés : 1° par un simple *frôlement* ; 2° par
uit *inégal analogue à un râle obscur*, ce qui lui a fait donner le nom
ttement-râle par Damoiseau (*Arch. de méd.*, 1843); 3° par un *bruit
peux et saccadé*, produisant parfois un frémissement sensible à l'appli-
de la main; 4° enfin par un *bruit très-intense*, que l'on a comparé à la
tion osseuse, et qui non-seulement donne lieu à un frémissement vibra-
à la palpation, mais qui est perçu par le malade lui-même et par l'oreille
bservateur à une certaine distance de la poitrine.

ne peut méconnaître l'existence du bruit de frottement pleurétique que
les deux premiers cas, où l'on croit quelquefois avoir affaire à un râle.
ette erreur n'est pas inévitable, comme l'a avancé Trousseau (*Soc. des*
mai 1859); car les conditions dans lesquelles se montre le bruit de
ment (*début et résolution de la pleurésie*), la persistance de ses mêmes
tères pendant plusieurs jours et malgré les secousses de toux, l'absence
tée de toux spontanée et surtout d'expectoration, suffisent parfaitement

pour faire rejeter l'existence d'un râle humide dont le caractère essentiel d'être sensiblement modifiable par la toux, par l'expectoration et par les grès de la maladie.

Les *conditions organiques et pathologiques* du bruit de frottement tique sont la perte du poli normal des surfaces opposées de la séreuse, feuillets sont encore mobiles l'un sur l'autre dans les mouvements respira Cette perte de poli est principalement l'effet de l'inflammation de la (*pleurésie*), et le bruit de frottement qui en résulte indique que les deux de la séreuse sont contigus, et par conséquent qu'il n'y a pas encore ou n'y a plus d'écartement de ces feuillets par un liquide épanché.

Le bruit de frottement, avec une simple douleur thoracique comme dent, peut révéler une pleurésie ne s'annonçant par aucun autre phénom le malade continuant à vaquer à ses occupations. Louis m'a dit avoir obser faits de cette espèce, et j'en ai recueilli plusieurs exemples. On a aussi la *pneumonie*, l'*emphysème interlobulaire* du poumon, les *tube superficiels*, et des *altérations organiques* de la plèvre comme pouvant duire le bruit de frottement; indépendamment de l'inflammation; mais là des cas au moins exceptionnels et dans lesquels on a dû confondre le bruit qui m'occupe avec celui de la respiration GRANULEUSE (*Voy.* ce

B. PÉRICARDE. — Ici le bruit de frottement, siégeant à la région préco présente d'ailleurs les mêmes caractères que celui qui se produit au nive la plèvre; seulement il est isochrone avec les mouvements du cœur, celui des plèvres l'est avec les mouvements respiratoires. Et de même que de la plèvre est quelquefois confondu avec un râle intra-pulmonaire, de le frottement péricardique est pris parfois pour un souffle ou un bruit intra-cardiaque ou valvulaire. Il présente dans certains cas une partic distinctive qui est caractéristique : c'est d'être constaté pendant le décubi malade et de disparaître dans la station assise par suite du nivellement du li qui est caché derrière le cœur dans le décubitus, et qui s'interpose en entre les feuillets du péricarde dans la station assise (Bouillaud).

Lorsque ce signe pathognomonique n'existe pas, on peut se baser sur d' particularités distinctives des deux bruits. Le frottement péricardique est ficiel, râpeux, circonscrit, et ne se prolonge pas dans les gros vaisseaux (tides). Le bruit anomal intra-cardiaque est plus profond, sans saccades, étendu, et se prolonge fréquemment dans les gros vaisseaux. Enfin le fré ment vibratoire, perçu par la palpation, est moins accentué que le bruit tatoire lorsqu'il y a frottement dans le péricarde, tandis, au contraire, frémissement valvulaire est plus prononcé que le bruit perçu par le stétho

C. PÉRITOINE. — Le bruit de frottement au niveau de la partie supéri l'abdomen, où il est perçu par l'auscultation au moment du refoulem organes abdominaux dans une forte inspiration, présente toutes les nuanc bruit de frottement pleurétique, depuis le simple frôlement jusqu'au br cuir neuf. Il a été indiqué comme un signe de *péritonite tuberculeuse*. malgré ce que Laennec, Desprès, Beatty (de Dublin), Corrigan, Bright et Spittal ont écrit sur le bruit de frottement abdominal, il est resté un exceptionnel par sa rareté. Seidel s'est livré sur ce sujet à de nouvelles re ches, desquelles il résulte qu'il a observé les bruits de frottement périto niveau de presque tous les organes de l'abdomen, et que leur significati très-variable. On trouve ces bruits anomaux principalement comme signe tions chroniques, et plus rarement aiguës. Le frottement péri-hépatique se surtout à la face convexe du foie, et il peut être confondu avec un bruit de

it pleurétique. Pour faire la distinction, il faut que le malade exécute un ement d'inspiration forcée, la glotte étant fermée, mouvement analogue à du vomissement. Alors le bord inférieur du poumon ne se déplace pas lement, tandis que le foie subit un mouvement d'élévation notable; et, si it de frottement se produit encore, on est à peu près sûr qu'il se passe e péritoine (Seidel, *Schmidt's Jahrbücher*, 1866). Le bruit de frottement pas seulement perçu par l'auscultation au niveau de l'abdomen : selon , la palpation percevrait encore une sensation de crépitation (comme le ment d'un cuir neuf) au niveau des *adhérences* péritonéales qui résul- l'inflammation de la séreuse (*Voy.* ADHÉRENCES, p. 18).

'UNIQUE VAGINALE. — Pour terminer ce qui est relatif au bruit de frotte- il me reste à rappeler que l'on peut le percevoir dans l'orchite varioleuse, e par Béraud, et dans laquelle il a reconnu la sensation de frottement en ant le testicule avec précaution avec les quatre derniers doigts de la main et en pressant doucement avec le pouce pour chasser le testicule vers au (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIII).

LIGINOSITÉS. — Ces concrétions brunâtres ou noirâtres qui se re- ent dans la cavité buccale au pourtour des dents, sur la langue et autour des résultent de la dessiccation du mucus et de la salive, mélangés d'une e quantité de sang exsudé. Leur formation est favorisée par le passage in- t de l'air par la bouche entr'ouverte. Les fuliginosités sont un des signes aux de l'état typhoïde (*Voy.* TYPHOÏDE [État).

RIE. — *Voy.* PARASITES (Animaux).

RONCLES. — L'éruption successive d'un nombre plus ou moins grand oncles, se rattachant évidemment à un état général mal connu, constitue efois une véritable maladie qui, pour être sans danger, n'en est pas extrêmement gênante. Son diagnostic ne présente pas la moindre diffi- Le volume des furoncles empêche de les confondre avec des éruptions ateuses, ce qui a son importance, l'ecthyma multiple pouvant, dans cer- as, faire soupçonner soit l'existence d'une syphilis constitutionnelle, soit tion de l'iodure de potassium.

éruptions furonculeuses sont quelquefois la conséquence d'une *menstrua- ardive* (?), d'un *traitement sulfureux* ou d'un premier *voyage sur mer.* it pas rare de les constater comme accident consécutif de la *glyco-* et des *pyrexies*. Enfin il est bon de se rappeler que le filaire ou dragon- détermine sous la peau une inflammation localisée qui a l'aspect d'un fu- , et qu'il en est de même des *larves d'œstrides* que Mondière, dans un age au Sénégal en 1861, a retirées d'abcès furonculeux multiples chez cinq res qui se présentèrent à sa visite (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, (*Voy* PARASITES).

furoncle peut-il donner lieu à la pyémie et par conséquent à des infarctus es abcès métastatiques? L'affirmative semble résulter des faits rapportés par id dans sa *Thèse* (1864) pour les furoncles de la face, et des deux observa- de Laugier rapportées dans la *Gazette hebdomadaire* (1865), puisque la précédée d'accidents cérébraux formidables, en a été la conséquence, ainsi ont démontré les autopsies. Les mêmes conséquences fatales attribuées par z à un furoncle du pied par suite d'infarctus pulmonaire (*Wiener med. Wenschr.*, 1867) ne sont pas aussi bien démontrées.

LACTIRRHÉE OU **GALACTORRHÉE.** — N. Guéneau de Mussy, à s d'un cas de flux laiteux désigné par cette double dénomination, a publié n travail sur ce sujet (*Arch. de méd.*, 1856). Il fait remarquer avec rai-

son que les exemples de production de lait en dehors des condition tuelles, et sans aucun trouble pour la santé, constituent des anomalies logiques plutôt que des maladies. La galactorrhée ne doit prendre place cadre nosologique que lorsqu'il y a à la fois sécrétion anomale du lait et conséquence de son abondance, désordres dans la santé, tels que l'am ment, la décoloration des tissus, la faiblesse musculaire et l'alanguissem fonctions digestives. Ainsi limitée, la galactorrhée, qui s'accompagne de tion douloureuse des seins, est une affection rare.

GALE. — Pour la plupart des observateurs, la gale est une affectio gieuse produite par un acare, et par conséquent une maladie essenti parasitaire. Pour d'autres, elle est, comme pour les anciens, une affecti titutionnelle qui peut être spontanée, quoiqu'elle soit transmissible 'p gion. Je n'ai pas à discuter ces différentes doctrines. La première sa faveur les raisons les plus légitimes.

1° *Éléments du diagnostic.* — Parmi les signes locaux de la gale, l tions *vésiculeuse*, *pustuleuse* et *papuleuse* étaient autrefois, avec le seuls importants. Les recherches modernes sur l'acare ont démontr sence de l'éruption, les *démangeaisons*, les *sillons* acariens et même peuvent parfaitement suffire pour caractériser la maladie. C manière de voir doit-elle faire rejeter les phénomènes généraux et des accidents attribués à la rétrocession de l'éruption lorsque ce existe? C'est ce qui ne fait aucun doute si l'on admet que la maladie tiellement parasitaire.

2° *Inductions diagnostiques.* — Comprise ainsi que je viens de gale est fort simplifiée dans son diagnostic, puisqu'il s'agit seulement ter les sillons ou l'acare qui les a tracés. En supposant le cas le plus est porté à faire cette recherche si un individu se plaint de démange vives au niveau des intervalles des doigts et dans les points de flexions démangeaisons dont on ne découvre pas la cause au premier abord, tion cutanée n'étant apparente. Un examen plus attentif de la peau ou aidé de la loupe fait découvrir des sillons tracés par des acares, à l'extrémité de ces sillons, un petit point brillant que est l'insecte lui- Ces sillons, *fig.* 70, ap comme des lignes blanchâ gues de 2 à 3 millimètres d'un demi. Ils ressemblen ral à la trace que produit u d'épingle promenée légère la peau (Cazenave, Lanqu le trajet du sillon ou da sinage existent des vésicu grosseur d'un grain de pe et entourées ou non d'u inflammatoire. Ces vésicul tent pas toujours, parce évolution ne dure que q cinq jours, tandis que dure plusieurs mois. Quelquefois le sillon passe *sur* la vésicule par vésicule est *sous-dermique* et le sillon *sous-épidermique* (Piogey, tin). — Dans la bosselure qui termine le sillon (éminence acarienne de trouve blotti le sarcopte, *fig.* 71 et 72, dont on a méconnu longtemps l'e

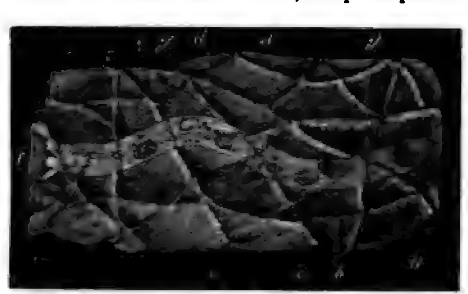
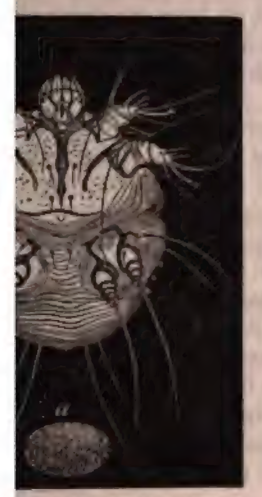


Fig. 70. — Sillon. — *a*, sarcopte à l'extrémite du sillon. *b*, peau flétrie laissée à la dernière mue. *c*, *c*, œufs, le premier près d'éclore. *d*, *d*, excréments. *e*, jeune larve. *f*, entrée du sillon. *g*, *g*, petites ouvertures permettant l'accès de l'air dans le sillon.

recherchait dans la vésicule même. Pour l'obtenir, il faut déchirer
piderme, avec une épingle ou une aiguille, à 1 millimètre environ
en se dirigeant vers le centre de la bosselure, passer l'instrument
nimalcule et le soulever avec précaution (Renucci). Le para-
il nu comme un grain de semoule que l'on voit bientôt se mou-
au microscope, il présente une conformation caractéristique. Le
et plus petit que les femelles, a été découvert par Bourgogne et

que je viens de rappeler existent assez souvent seuls, il arrive
ussi que les éruptions cutanées sont la première donnée consta-
équent le point de départ du diagnostic.
soit l'opinion que l'on se forme de la nature de ces éruptions,
dère comme consécutives et produites par l'irritation locale que
e, ou comme spontanées, elles ont certainement une assez grande



pte de la gale (femelle), face
, son œuf (Lanquetin).



Fig. 72. — Sarcopte de la gale (face dorsale) (Lanquetin).

tique, puisque seules elles ont suffi pour faire prendre rang à la
cadre nosologique, avant la découverte de l'acare. Sans donner
thématique de l'existence de la gale comme la constatation des sil-
opte lui-même, ces éruptions sont donc nécessaires à connaître.
emment ce sont des *vésicules* qui peuvent se montrer, comme
s différentes parties du corps, excepté à la face (Cazenave), et prin-
ns les points où la peau est fine et délicate : dans les intervalles des
u bras, aux aisselles, dans tous les points de flexion articulaire.
égèrement saillantes et acuminées, sont transparentes au sommet
rosées chez les jeunes sujets. Par suite de démangeaisons, les
tent et déchirent les vésicules, qui souvent s'enflamment ; assez
les pustules d'*impétigo* et d'*ecthyma* suivies de croûtes, des
papules de *prurigo*, et plus rarement de *lichen*, s'ajoutent à
uleuse.
oublier que les signes locaux de la gale affectent un siége qui
les professions, et dont la connaissance peut faciliter le diag-
n effet, plus particulièrement aux mains qu'on les observe chez

les tailleurs et les couturières, à la main droite chez les maîtres d'armes (Caze-nave). Souvent, chez les galeux qui se présentent à l'hôpital Saint-Louis, c'est a pénis chez l'homme, et aux mamelles chez la femme, que l'on trouve les sill caractéristiques; mais il est presque inutile d ajouter que l'on ne saurait géné liser ce double fait.

Pour terminer ce que j'ai à dire du diagnostic de la gale, il me suff d'ajouter que le *prurigo* (qui souvent d'ailleurs coïncide avec la gale), le *lich simplex*, le lichen *urticatus*, pourraient être confondus avec les érupti symptomatiques de la gale, et que la syphilis, la scrofule et le scorbut peuv modifier l'aspect de ces éruptions secondaires. Ces simples indications suffis pour donner l'éveil au praticien (chose la plus utile en pareil cas), et lui fa rechercher l'acare et ses sillons.

GANGLIONS LYMPHATIQUES. — *Voy.* ADÉNOPATHIES.

GANGRÈNES. — La mortification locale des tissus qui constitue la g grène est un signe qui sert fréquemment de base au diagnostic; mais a d'exposer ce qu'il y a de particulier dans les principales localisations gan neuses, il est indispensable de traiter la question d'une manière générale.

I. Gangrènes en général.

Quel que soit l'organe envahi par la gangrène, la partie mortifiée sub fermentation putride ou se dessèche, un travail d'inflammation élimina s'établit au pourtour, et, si l'élimination a lieu, la plaie suppurante qu succède peut suivre sa marche la plus heureuse et se cicatriser avec une p de substance plus ou moins considérable, ou bien la mort survient da cours de cette série d'accidents successifs. Cet enchaînement des phéno résultant de la gangrène peut être suivi des yeux dans les parties extérie tandis que, dans les organes profonds, il s'annonce par des symptômes varient suivant les organes atteints; cependant ces symptômes se rattac toujours à l'une des données que je viens d'exposer : à la mortification m des tissus, à leur décomposition, à leur expulsion au dehors de l'organis la suppuration consécutive, à la cicatrisation de la perte de substance.

Une question capitale du diagnostic de la gangrène est la recherche des ca locales ou générales de la lésion.

Les causes locales, en dehors des influences traumatiques, sont toutes cel qui entravent la circulation ou obstruent les vaisseaux : les artères, les ca laires, plus rarement les veines. Ainsi agissent le froid, la compression trè prolongée, rarement les obturations veineuses (*phlegmatia alba dolens*), m bien plus fréquemment les obturations des artères dues à des *embolies*. l recherches modernes ont démontré toute l'importance des obturations art rielles emboliques comme causes des gangrènes; mais il faut y joindre l obturations des petites artères qui sont la conséquence du développement d *plaques athéromateuses*, et les obturations dues à une véritable *artéri* Cette dernière cause a été reléguée au dernier plan, ou même niée; et cep dant elle a, dans certaines contrées, une très-grande importance. Martinez d Rio, qui a pratiqué la chirurgie avec distinction à Mexico, y a très-souvent co staté la gangrère due à l'artérite, et de nombreuses autopsies faites avec le p grand soin lui ont démontré que cette affection doit être considérée com une sorte d'endémie particulière au Mexique (*communication orale*). — Par les causes générales, on a considéré depuis longtemps comme causes préd posantes les débilitations profondes produites par des flux abondants, par d suppurations prolongées, par la misère ou la vieillesse. Mais depuis recherches *sur les gangrènes spontanées* de François (1832), qui considé

ltérations du sang comme origine des gangrènes, et par exemple le la *fièvre jaune*, on a rattaché les complications gangréneuses à l'affections générales aiguës ou chroniques.

es graves, éruptives ou non éruptives, sont les affections générales se compliquent le plus fréquemment de gangrène; on pourrait les utes, en faisant remarquer toutefois que c'est principalement dans e certaines épidémies d'une extrême gravité, que se montre la gan- oins qu'elle ne fasse cortége presque obligé des symptômes, comme bubons de la peste. Au nombre des maladies générales à marche , pouvant favoriser ou provoquer l'apparition de la gangrène, et dans il y a aussi altération manifeste du sang, on trouve la *maladie* , l'*hémophilie*, le *scorbut* et surtout la GLYCOSURIE (Landouzy, L'importance des gangrènes dans cette dernière maladie est incon- urd'hui; aussi une gangrène quelconque doit-elle suggérer l'idée de de la glycosurie (diabète sucré), si cette maladie n'a pas été d'abord et faire rechercher la glycose dans l'urine. L'altération du sang est dans l'INTOXICATION *par l'ergot de seigle*, maladie dont une des a gangrène spontanée pour caractère principal. — Enfin, dans une ressante sur la gangrène, Zambaco (1857) a cherché à démontrer que les *perturbations nerveuses* ont sur la production de cette

établir en fait que toutes les causes de débilitation profonde et pro- it hygiéniques, soit pathologiques, soit même physiologiques, favo- roduction de la gangrène. Cependant il faut s'engager avec réserve amp des explications générales de la gangrène, car les progrès de on ont fait découvrir des causes matérielles dans des circonstances n soupçonnait pas d'abord l'existence (*Voy*. EMBOLIES ARTÉRIELLES). encore à examiner plusieurs questions générales relatives à la gan- ais elles sont dominées par le fait du siége de la lésion dans tel ou , et se retrouvent par conséquent mieux à leur place dans ce qui

ıgrènes localisées.

es gangrènes dont j'ai à exposer le diagnostic, il en est qui sont direc- cessibles à l'exploration, comme celles qui siégent à la peau, dans la lans le pharynx, aux organes génitaux. D'autres sont indirectement à l'aide de symptômes plus ou moins caractéristiques, comme la le l'œsophage, du poumon, de l'intestin, desquelles je dois rapprocher ssement du cerveau quand il est dû à une oblitération artérielle MOLLISSEMENT). Enfin il y a des gangrènes qui ne doivent pas m'oc- tendu qu'elles sont complétement latentes pendant la vie, ou qu'elles aractérisées par aucun symptôme probant, comme la gangrène du lle de la vessie.

passer en revue les gangrènes des parties molles extérieures, celles he, du pharynx, du poumon, des intestins et des organes génitaux. e besoin de rappeler que la même cause générale peut donner lieu grènes localisées dans des organes très-différents.

TIES MOLLES EXTÉRIEURES. — Il est un certain nombre de gangrènes les qui sont dues à des causes externes. Outre les affections charbon- y a des gangrènes dues à l'action du *froid;* à l'*éthérisation localisée* tion de l'éther), comme Lawson en a observé un exemple dans lequel liminée fit place à une cicatrice difforme au niveau du sein (*Lancet*,

les tailleurs et les couturières, à la main droite chez
nave). Souvent, chez les galeux qui se présentent à l'
pénis chez l'homme, et aux mamelles chez la femme
caractéristiques; mais il est presque inutile d ajouter
liser ce double fait.

Pour terminer ce que j'ai à dire du diagnosti
d'ajouter que le *prurigo* (qui souvent d'ailleurs coï
simplex, le lichen *urticatus*, pourraient être c
symptomatiques de la gale, et que la syphilis, la
modifier l'aspect de ces éruptions secondaires. C
pour donner l'éveil au praticien (chose la plus u
rechercher l'acare et ses sillons.

GANGLIONS LYMPHATIQUES. — I

GANGRÈNES. — La mortification locale
grène est un signe qui sert fréquemment de
d'exposer ce qu'il y a de particulier dans les
neuses, il est indispensable de traiter la ques

I. Gangrènes en général.

Quel que soit l'organe envahi par la gar
fermentation putride ou se dessèche, un
s'établit au pourtour, et, si l'élimination
succède peut suivre sa marche la plus he
de substance plus ou moins considérab
cours de cette série d'accidents successi
résultant de la gangrène peut être suivi
tandis que, dans les organes profonds
varient suivant les organes atteints;
toujours à l'une des données que je v
des tissus, à leur décomposition, à le
la suppuration consécutive, à la cica

Une question capitale du diagnost
locales ou générales de la lésion.

Les causes locales, en dehors d
qui entravent la circulation ou e
laires, plus rarement les veines
prolongée, rarement les obturati
bien plus fréquemment les ob
recherches modernes ont dé
rielles emboliques comme c
obturations des petites artér
plaques athéromateuses,
Cette dernière cause a été
dant elle a, dans certaine
Rio, qui a pratiqué la ch
staté la gangrère due à l
grand soin lui ont dé
une sorte d'endémie p
les causes générales
posantes les débilit
suppurations prol
recherches sur le

1867); au *nitrate acide de mercure* employé par mégarde en friction s
poitrine d'une jeune fille, qui succomba à la mortification cutanée q
résulta (*Gaz. des hôpit.*, 1864). Outre ces causes externes agissant di
ment sur la partie affectée, il y a des gangrènes extérieures locales qui s
fait de maladies internes et que je dois rappeler. Telles sont les eschares
qui se forment chez les paralytiques ou chez les malades atteints de
graves continues, ou de rhumatisme chronique avec immobilité forcé
niveau des saillies osseuses contre lesquelles la peau subit une coi
sion dans le décubitus, au niveau du sacrum, des grands trochanter
coudes, etc. Leur siége même indique ici la cause occasionnelle de l
grène, comme l'existence de la maladie concomitante en indique la
prédisposante.

Lorsque la gangrène se déclare en dehors des points de compression
viens de rappeler, soit par des eschares recouvertes ou non de bulles, s
une tumeur gangréneuse, on doit croire que la maladie générale origin
beaucoup plus grave que dans la condition précédente, puisque la gang
déclare sans cause occasionnelle apparente. C'est ce que l'on remarqu
la *morve*, qu'il y ait ou non en même temps abcès, dans la *glycosur*
ancienne, dans le *scorbut* invétéré. Le *zona* présente assez souvent s
vésicules qui le caractérisent, des petites eschares superficielles, qu
d'autre inconvénient que celui d'être remplacées par des cicatrices indél

La gangrène des membres mérite une attention spéciale. Elle s'annoi
de l'engourdissement et du froid dans l'extrémité qui est atteinte ; il y a
une violente douleur, difficulté, puis impossibilité des mouvements, ave
sation des pulsations des artères qui sont transformées en cordons p
moins durs et douloureux, et enfin la gangrène se caractérise par du
ment, des rougeurs, des phlyctènes, la dissolution putride des parties
dont la chute produit des hémorrhagies; ou bien il n'y a pas de gonflen
peau est pâle, livide, elle se dessèche, se racornit et noircit avant de s
cher. En démontrant que ces gangrènes, dites à tort séniles, sont dues
oblitérations artérielles, François a rendu un grand service à la scien
que l'on admette avec lui qu'il y ait artérite, soit qu'avec quelques auteu
dernes on veuille qu'il y ait embolie artérielle. Les deux membres inf
peuvent être atteints simultanément par suite de l'oblitération de l'aorte
minale, ou par suite d'intoxication arsenicale. Quelle que soit sa cause,
grène humide des membres peut, suivant Parise, causer la mort subite
formation de gaz putrides dans les veines, d'où ils font irruption vers le
Il y a alors un effet semblable à celui de l'introduction de l'air dans les
pendant une opération.

On rencontre encore la gangrène des parties extérieures aux paupiè
niveau des organes génitaux dont il est parlé plus loin, et au niveau de
dans les cas de gangrène de la bouche, dont il va être question.

B. Bouche. — La gangrène de la bouche, appelée aussi *noma*, est
celles qui ont été le mieux étudiées de nos jours d'après les faits cliniqu

C'est presque exclusivement chez les jeunes enfants âgés de trois à ci
que l'on observe la gangrène de la bouche, qui est, au contraire, extrêm
rare chez l'adulte.

1° *Chez les jeunes enfants*, elle ne survient guère que comme a
secondaire, dans le cours ou à la suite de maladies qui ont profondément
l'économie. C'est une affection apyrétique, pendant laquelle l'appétit s
serve le plus souvent.

iagnostic se base sur des données différentes aux diverses périodes de la ie. Au début, suivant Billard, c'est l'*infiltration œdémateuse* circons- la face ou de la lèvre qui attire l'attention; cet *œdème* coïncide ordinai- avec une *ulcération* à fond grisâtre et putrilagineux à la face interne de ou du repli gingivo-buccal (Barthez et Rilliet). Quelques jours plus tard, est tendue, luisante, souvent *marbrée de violet;* elle présente à la ı un *noyau central* dur et circonscrit, et à l'intérieur une *eschare noire* entourée d'une zone grise, grenue, saignante, et au-delà, d'un œdème ui s'étendent à mesure que l'eschare noire s'agrandit (Bouley et Caillault, *éd.*, 1852). Souvent l'eschare noire, précédée d'une *couleur violacée hlyctènes*, se montre aussi extérieurement au niveau de la joue. Il y a *ivation fétide et sanguinolente.* — A une période plus avancée, celle iination des eschares, qui ont parfois envahi les gencives, la joue, la ıférieure tout entière, les désordres locaux sont considérables, et les alades ont un aspect horrible à voir. Les pertes de substance peuvent *r la joue*, mettre à nu les os maxillaires et détruire les dents poussées même les germes des dents à venir. Il s'écoule de la bouche ou des lles-mêmes un *liquide des plus fétides*, mais dont l'odeur a été com- ı tort, suivant Barthez et Rilliet, à celle de la salivation mercurielle. — ›rsque le malade guérit, ce qui est rare, la cicatrisation se fait très-len- elle a pour conséquence une *cicatrice difforme*, qui souvent gêne nent l'exercice de la *parole*, l'*introduction des aliments* dans la bouche *ıastication.*

hénomènes locaux sont suffisamment caractéristiques pour n'avoir pas l'être longuement discutés. Un *emphysème sous-cutané* localisé à la pourrait pas en imposer longtemps pour l'œdème du début de la gan- |ui s'accompagne d'une ulcération intra-buccale. — La *pustule maligne* à l'extérieur par une tache caractéristique avec phlyctène. — L'*aphthe* *ueux* reste borné à la muqueuse buccale. — Enfin la *stomatite couen-* ›ffre des fausses membranes qui ont été considérées comme étant de gangréneuse par Taupin (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1839); est à remarquer que, dans le doute, l'examen au microscope permet nt de distinguer les simples concrétions diphthériques des concrétions s gangréneuses (*Voy.* DIPHTHÉRIE, p. 300).

ngrène de la bouche étant reconnue, il faut en déterminer la cause, et rcher dans les mauvaises conditions hygiéniques ayant profondément ı constitution, ou dans l'existence de maladies actuelles ou récentes bilité l'économie. La *rougeole* a ici le triste privilége de prédisposer e toute autre affection au développement de cette espèce de gangrène, cette pyrexie a été constatée dans près de la moitié des faits de gan- e la bouche chez les enfants (Tourdes, *Thèse*, Strasb., 1848; Barthez t), et même dans les quatre cinquièmes, selon Bouley et Caillault. Enfin faits plus rares, l'usage du *calomel* a paru déterminer l'invasion de la e.

la même que l'on constate l'existence du *noma*, si différent d'ailleurs grène superficielle de la muqueuse buccale (*Voy.* DIPHTHÉRIE, p. 297), t le *degré de la lésion* qui constitue la maladie gangréneuse qui m'oc- Quant aux *complications*, il en est une constante, la *diarrhée*, et rès-fréquentes, comme la *pneumonie* ou la *broncho-pneumonie*.

grène de la bouche chez les enfants est presque constamment mortelle, ›n conçoit facilement, vu les conditions fâcheuses dans lesquelles se

trouvent déjà les petits malades au moment de l'invasion. Lorsque le pron est moins fâcheux et que la guérison a lieu, ce n'est qu'au prix de cical difformes ou de la perte des dents, ce qui fait ressembler les enfants à des vieillards (Van Swieten), ou enfin avec des troubles fonctionnels que j'a pelés plus haut.

2° *Chez l'adulte*, la gangrène de la bouche, analogue au *noma* des e est une exception si rare qu'elle n'a pu être encore convenablement étudi ne l'a rencontrée que chez des sujets dont la santé générale était profon altérée : à la suite de certaines *fièvres typhoïdes*, comme Laurent Féra communiqué un exemple à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Aca* 1860, t. XXV, p. 120); dans le *scorbut*, et chez certains *aliénés inc* profondément débilités, comme j'ai été à même d'en observer moi-mêm exemples.

C. PHARYNX. — Pendant longtemps après la publication des tra Bretonneau sur la diphthérite, on se refusait à croire que la gangrène vahir le pharynx. Mais dans ces dernières années, on en a recueilli des e irrécusables, puisque la preuve microscopique ne leur a pas manqu faudrait pas croire cependant que la gangrène donne toujours à la ph une grande gravité, car j'en ai constaté il y a quelques années deux dans lesquels, sans phénomènes généraux inquiétants, il n'existail eschare limitée. Cette eschare était facile à reconnaître à sa dépressio muqueuse, au liséré ulcératif de son pourtour, et à la perte de substa fonde qui résulta de sa chute : au niveau d'une amygdale dans un c niveau du voile du palais dans l'autre (*Voy.* PHARYNGITES).

D. ŒSOPHAGE. — La gangrène de l'œsophage peut résulter de pression de ce conduit par une tumeur anévrysmale de l'aorte. Mais Le rappelant les faits de ce genre, en a rapporté d'autres qui démontren gangrène peut être primitive et indépendante. Cette lésion s'accompag dysphagie qui est parfois très-prononcée; la terminaison se fait par une tion rapide ou très-lente, mais constamment mortelle (*Gaz. médicale*

E. GANGRÈNE DU POUMON. — La mortification locale du poumon se d le plus souvent d'une manière insidieuse et latente. Il est très-probabl est due le plus souvent, comme dans les autres parties du corps, à l'obl des vaisseaux artériels, que cette oblitération ait lieu sur place ou par C'est principalement chez les adultes et chez l'homme qu'on la rencon que les enfants en soient exempts. Le diagnostic se base sur des donné rentes dans les deux cas.

1° *Chez l'adulte*, on n'est averti de l'existence de la gangrène pulmon par la *fétidité de l'haleine et des crachats*. Jusque-là, il n'existe aucu tôme, ou seulement des symptômes vagues : pendant quelques jours de l des douleurs thoraciques plus ou moins vives, ou bien, pendant plusi maines, de la faiblesse, du malaise, de la toux, de l'anorexie.

L'odeur fétide de l'haleine ou des crachats se reconnaît facilement l l'a une fois constatée. Elle est pathognomonique, sans pouvoir se défin fétidité, très-pénétrante, comparée à celle de la paille pourrie, peut longtemps dans les lieux qui ont été occupés par le malade. Elle ne doit confondue avec celles de l'*ozène*, de la *carie dentaire*, de l'haleine naus de certains sujets atteints de *dilatation des bronches* sans gangrène c tante, non plus qu'avec la fétidité de l'haleine due à une *stomatite*, à l *thérie*, ou bien à une *gangrène* de la muqueuse buccale ou du pharynx

Les autres signes de la gangrène pulmonaire ont peu de valeur par eux-

ı acquièrent que par la concomitance de l'odeur fétide dont il vient d'être n.

il y a de la *toux* et une *dyspnée* qui n'ont rien de caractéristique. Les s sont opaques, sans viscosité; tantôt verts, sanieux, d'un brun foncé ou , ou teints d'un sang noirâtre; tantôt blanchâtres, purulents, si la mala- ›eu avancée. — La *percussion* fournit seulement une matité plus ou endue. Mais les signes d'*auscultation* ont plus d'importance : s'il n'y a re d'excavation par suite de l'élimination de l'eschare, il existe un râle pitant plus ou moins abondant, souvent un souffle bronchique et de la ›honie; s'il y a une excavation, ces signes deviennent du gargouillement, piration caverneuse et de la pectoriloquie.

s souvent les symptômes généraux sont presque nuls. Parfois ils sont es; ce sont : l'altération des traits, l'abattement, un mouvement fébrile ıvec petitesse du pouls, délire, agitation, stupeur, soubresauts des ten- ·heresse et fuliginosités de la langue, diarrhée fétide.

grène pulmonaire étant reconnue après que l'on a tenu compte de l'en- es phénomènes symptomatiques, on recherchera les *conditions étiolo-* ans lesquelles s'est développée la gangrène. Outre les causes géné- ›elées précédemment, il y en a ici de spéciales; ce sont : l'*apoplexie* *ıire*, la *résorption purulente* (Genest), l'*état cachectique* qui, chez ·s, succède à l'abstinence prolongée (Guislain); on a rencontré encore ne dans les parois des *cavernes tuberculeuses*, et dans les bronches Briquet), mais sans autre signe particulier que la fétidité indiquée. *corps étrangers* dans les poumons, la compression par une tumeur ration d'un *tronc vasculaire* de ces organes ont encore été considérés ıuses de leur gangrène.

à la pneumonie, prise si fréquemment, avant Laennec, pour une cause ;rène pulmonaire, son influence est tellement rare qu'elle a été mise en ır trois cent cinq pneumonies étudiées par Grisolle, il n'a pas rencontré as de terminaison par gangrène, et c'est tout au plus s'il a pu en trouver s les annales de la science (*Traité de la pneumonie*, p. 345). Cepen- cinq faits démontrent la possibilité de la terminaison de la pneumonie rène. Le docteur Daga en a publié un nouvel exemple suivi de guérison, n'en est pas moins péremptoire (*Gaz. des hôpit.*, 1864).

·*ne* de la maladie est variable selon l'étendue de la lésion, qui peut être ıée de perforation de la plèvre, et par suite de *pneumo-thorax*.

ez les enfants, la gangrène pulmonaire échappe le plus souvent à toute .tion pendant la vie. Barthez et Rilliet, qui en ont recueilli onze observa- ›nt rencontrée assez fréquemment dans le cours de la pneumonie lobaire aire, et n'ont constaté comme signe particulier que l'*hémoptysie*, qui a ıente. Le sang, d'abord liquide, devenait ensuite noir et fétide. Ils attri- 'hémoptysie une valeur incontestable, parce qu'on l'observe très-rarement ıfant tuberculeux. Béhier et Boudet ont vu, chez un enfant, la gangrène e jusqu'à l'œsophage et le perforer. Steiner et Neureutter en ont plus ent observé vingt-quatre cas (1864), dans lesquels les enfants, âgés la plu- six ans, ont tous succombé aux progrès de la gangrène pulmonaire dont nt été affectés dans le cours de maladies graves, respiratoires, digestives ›tives. Il n'y eut d'hémoptysie que dans les cas de tubercules.

ıler que cette gangrène a été constatée surtout anatomiquement chez les c'est en signaler la gravité. Chez l'adulte, cette gravité ne paraît pas solue, la guérison ayant lieu dans des circonstances encore mal définies,

comme cela ressort d'une note de Lasègue (*Arch. de méd.*, 1857, t. X). On sait seulement que la guérison s'observe principalement dans les cas où la gangrène n'atteint que les extrémités des bronches, ainsi que l'ont fait remarquer Lasègue et Trousseau (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I). Il ne faut pas oublier d'un autre côté que la gangrène de la muqueuse bronchique peut occasionner la mort, comme je l'ai observé récemment à Lariboisière, chez une jeune femme atteinte de dilatation des bronches ; et que, par contre, la gangrène parenchymateuse du poumon est quelquefois suivie de guérison. J'ai recueilli un fait très-remarquable de guérison de ce genre à l'hôpital Cochin, chez un homme dont j'ai suivi la maladie pulmonaire, et chez lequel, après la mort survenue par une autre cause, j'ai pu constater la cicatrisation du foyer.

F. Intestins. — La gangrène des intestins est due à un excès d'inflammation, ou à la présence d'un corps étranger, ou enfin à un étranglement. Dans les hernies externes, il y a des signes positifs qui annoncent la gangrène de l'anse intestinale herniée, de même que dans les cas d'hémorrhoïdes gangrénées en masse et dans certaines invaginations, où les parties gangrénées peuvent être expulsées au dehors et ne laisser aucun doute au diagnostic ; mais dans tous les autres cas, la gangrène peut ne se manifester que par certains accidents consécutifs, comme la perforation intestinale ou plutôt la péritonite qui en est la conséquence. C'est ce qui arrive dans certains phlegmons de la fosse iliaque compliqués de gangrène de l'appendice iléo-cœcal.

G. Organes sexuels. — On a vu la gangrène envahir la *verge* chez un malade atteint de blennorrhagie et de fièvre typhoïde ; mais ce sont des faits exceptionnels. Il n'en est pas de même de la gangrène de la vulve, qui se montre assez fréquemment chez les enfants affaiblis, et présente par cela même un assez grand intérêt pratique. Elle doit donc être examinée à part, ainsi que la gangrène de l'utérus.

1° *Gangrène de la vulve.* — On la rencontre chez les enfants dont la santé est déjà détériorée ou qui sont atteints d'une maladie fébrile grave, le plus ordinairement d'une affection typhoïde ou d'une fièvre éruptive.

On reconnaît qu'il se développe, dans ces conditions, une gangrène de la vulve chez les petites filles lorsque, après des symptômes généraux plus ou moins graves, il survient une *douleur* locale brûlante, un *engorgement* très-dur des parties jusqu'au mont de Vénus, de la douleur pendant la miction, et qu'en même temps il apparaît à la partie interne des petites, puis des grandes lèvres, et envahissant ensuite les tissus environnants, une *teinte grise cendrée*, limitée par un *cercle rouge* et devenant *noire ;* cette lésion peut envahir en arrière jusqu'au périnée ou jusqu'à l'anus, et en avant jusqu'à la commissure supérieure de la vulve ; la miction peut être entièrement suspendue ; la face est altérée, le pouls petit, fréquent ; une *diarrhée colliquative* survient, et la mort peut arriver *subitement*. Lorsque la guérison tend à se faire, la période d'élimination s'accompagne d'une sécrétion de sanie putride et fétide, et la chute de l'eschare laisse une excavation en forme d'entonnoir qui diminue bientôt en étendue et en profondeur. Il ne faut pas oublier que les tissus détruits sont réparés avec une étonnante rapidité, et que la cicatrisation a lieu ordinairement sans difformité considérable ni adhérence des parois de l'orifice du vagin (Richter, l'*Expérience*, 1838).

2° *Gangrène de l'utérus.* — C'est surtout après l'accouchement que l'utérus peut être affecté de gangrène ; mais on a vu aussi cette lésion survenir en dehors de l'état puerpéral, dans des conditions que nous indiquerons tout à l'heure.

près l'accouchement, tantôt la gangrène se montre au niveau du col (Duplay), tantôt au niveau de l'insertion du placenta (Danyau). Les symptômes, outre ceux de la gangrène en général, sont analogues à ceux d'une métrite puerpérale intense avec écoulement sanieux infect par la vulve; fièvre intense, anxiété, ...r, altération des traits, douleurs plus ou moins vives dans les aines, l'hypo-...e, au niveau des lombes et de la région sacrée, quelquefois absence de ...urs quand la gangrène est confirmée, ballonnement parfois considérable ...bdomen : tels sont les phénomènes principaux observés.

...n dehors de l'état puerpéral, la grangrène de l'utérus a été rencontrée dans ... conditions diverses plus rares, parmi lesquelles est d'abord la *métrite*. — ...rofesseur Michel (de Strasbourg) a vu cette gangrène, bornée au col comme ... la maladie précédente, succéder au *choléra épidémique*. Saugier, qui ...rte le fait (*Thèse de Strasbourg*, 1864), signale comme symptômes, ... le mouvement fébrile du début, une douleur dans la profondeur du petit ...n, des envies très-fréquentes d'uriner, un écoulement de sanie infecte, ...ulsion, dès le troisième jour, du col de l'utérus et de la partie supérieure ...gin gangrénés, expulsion suivie de guérison un mois après. Des faits non ... curieux ont été cités dans les journaux étrangers en 1864, faits dans les-...la gangrène venait compliquer des prolapsus utérins considérables. Edwards, ...emple, a rapporté l'observation curieuse d'une vieille femme chez laquelle ... gangrène nécessita l'ablation du col de l'utérus, puis celle de l'organe ..., et qui guérit à la suite de cette grave opération (*British med. Journ.*, ... Wilson a vu une autre femme qui offrait un prolapsus utérin com-... de gangrène, et dont la partie affectée fut excisée à l'aide de l'écraseur; ... mort survint à la suite de l'ablation (*Edinb. med. Journ.*). Enfin ...oli (d'Udine) a cité un troisième fait de prolapsus, avec gangrène de l'u-... survenue par suite de manœuvres violentes de réduction opérées par une ...emme, et qui guérit spontanément après la chute de l'eschare (*Gaz. med. ...e*, 1864).

...s ces différents faits, l'écoulement putride infect qui a lieu par le vagin ...r la voie du diagnostic, que complète l'expulsion au dehors des parties ...éneuses, et surtout l'examen du col utérin à l'aide du spéculum. Il n'y a ...ur possible que lorsque la gangrène, n'étant pas accessible à la vue, oc-... exclusivement le corps utérin à la suite de l'accouchement. Une autre ... de diagnostic erroné est la guérison même de la gangrène. Dans le fait ...r, en effet, la cicatrice inégale et indurée du fond du vagin fut prise plus ...ur un carcinome utérin, en raison de la coïncidence des douleurs mens-... qui résultaient du rétrécissement de l'ouverture de la cavité utérine. ...u'il en soit, on voit que, malgré sa gravité, la gangrène de l'utérus peut .... Lorsque la mort survient, elle peut être due à la perforation de l'utérus, ... la gangrène occupe le corps de l'organe.

...RDEROBES. — *Voy.* FÉCALES (Déjections).

...RGOUILLEMENT (Bruit de). — Toutes les fois qu'un liquide et ... sont agités plus ou moins vivement dans une cavité, il se produit un ... de gargouillement. Ce phénomène se produit chez l'homme dans les voies ...es et dans les voies digestives, là précisément où ces conditions se ...nt réunies.

...OIES DIGESTIVES. — Le gargouillement que produit dans le pharynx le ... d'un gargarisme agité par l'air expiré donne une bonne idée du bruit ...gouillement qui peut se manifester dans l'œsophage, dans l'estomac et ...e reste du tube digestif. Il est tantôt spontané et tantôt provoqué, et il ne

doit attirer l'attention du praticien que dans un petit nombre de circo
— Le gargouillement qui accompagne la déglutition et qui se produi
ment le long de l'*œsophage* jusqu'à l'estomac est quelquefois un si
paralysie de ce conduit. — Dans les *intestins*, les gargouillements
constituent les borborygmes. Provoqués par la pression de l'abdome
diquent simplement la présence simultanée de gaz et de liquides da
digestif, dans le point sous-jacent. Ils s'observent plus particulièr
niveau de la fosse iliaque droite, où l'on fait franchir avec brui
obstacle opposé par la valvule iléo-cœcale. On a beaucoup exagéré la
ce gargouillement iléo-cœcal dans la fièvre typhoïde, puisqu'il exi
les fois qu'il y a simultanément des liquides et des gaz intestinaux qu
dans le cœcum ou dans son voisinage, aussi fréquemment dans l
gastro-intestinal que dans l'affection typhoïde.

Indépendamment de ces différents gargouillements, qui se perço
avoir recours à l'auscultation, il en est qui, se passant dans la profo
organes digestifs voisins de la cavité thoracique, ne sont perçus qu
l'oreille est appliquée sur les parois de la poitrine. Tels sont certains
lements passagers de l'œsophage, de l'estomac ou du côlon trans
viennent compliquer les résultats de l'auscultation thoracique; mais
bitue bien vite à saisir le véritable caractère de ces bruits insignif
sont surtout entendus en arrière, dans le voisinage de la colonne ver

B. Voies respiratoires. — Les bruits de gargouillement qui
dans les voies respiratoires sont quelquefois entendus directement pa
tants, lorsque ces bruits se produisent dans le larynx ou dans la tr
sont alors ordinairement passagers, et la toux les fait cesser, à moin
que la cause de l'obstruction des voies respiratoires supérieures
liquides ne soit persistante et ne constitue l'asphyxie. Ce gargouillem
gien est presque constant dans l'agonie. D'autres fois, le gargouill
s'entend qu'à l'auscultation médiate ou immédiate de la poitrine, et
les *râles* humides *caverneux* et *amphoriques*, dont il a été questio

C. Voies urinaires. — Le docteur Iligguet a signalé un garg
vésical pendant le cathétérisme, lors de la sortie des dernières goutt
par la sonde, qui sont aspirées avec l'air par la vessie. Il explique
mène par l'hypertrophie des parois vésicales, permettant à l'org
distendre après sa contraction (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liè*
Mais telle n'est pas l'opinion du docteur Alliod d'Aoste, qui a observ
gargouillement dans un cas de paralysie vésicale, c'est-à-dire dans
dition tout opposée à celle de la rigidité des parois de la vessie qui
leur hypertrophie (*Gaz. med. di Torino*, 1867). Le phénomène est
mais non expliqué.

GASTRALGIE. — Longtemps on a désigné cette maladie sous l
cardialgie, en la confondant avec les affections les plus disparat
entendu ensuite par gastralgie un trouble nerveux plus ou moins co
de l'estomac avec perturbation des digestions avec ou sans douleu
tend aujourd'hui avec raison à restreindre encore la signification du
tralgie (ou gastrodynie) en étudiant à part les dyspepsies (troubles n
la digestion), pour ne l'appliquer qu'à la névralgie viscérale de l'estom

1° *Éléments du diagnostic.* — La gastralgie est caractérisée par
leur épigastrique ordinairement vive, parfois violente, s'irradiant
moins aux régions voisines, au ventre, au dos et même aux épaule
souvent intermittente ou rémittente, donnant la sensation de brûlure,

c., ou bien plus légère et constituée par un malaise pénible et indé-
:, avec nausées, découragement, anxiété, et quelquefois sensations
(Barras). Les crises douloureuses sont parfois telles que les malades
t de suffoquer, tombent en défaillance, ont même du délire ou des
:nts convulsifs; leur cessation est quelquefois marquée par un déga-
:onsidérable de gaz par la bouche et par l'anus. *Le pouls reste calme*
concentre et s'accélère que par la persistance de la douleur; parfois
s *battements épigastriques*. — Dans l'intervalle des crises, la santé
ı parfaite, à moins que la gastralgie ne soit chronique; alors il persiste
ınteurs, des *tiraillements douloureux* calmés par l'ingestion des
, dont la digestion peut ensuite être pénible; parfois il y a une *cha-
lante* à l'épigastre, avec *régurgitations* de matières âcres ou acides
'. Dans presque tous les cas, l'*appétit est bizarre*, souvent exagéré et
: (*boulimie*), la constipation est habituelle, et la nutrition se main-
linairement malgré la durée parfois très-longue de la maladie, dix,
., et même davantage.
luctions diagnostiques. — Malgré ces symptômes en apparence bien
stiques, il n'est pas toujours aussi aisé qu'on le pourrait croire d'abord
ostiquer la maladie, puis de décider si elle est simple ou symptoma-
e sont là les deux points principaux qui doivent préoccuper le pra-
t c'est surtout par voie d'élimination qu'il en atteindra la solution.
ıleur étant le signe essentiel de la gastralgie, elle doit être la base de
berche diagnostique ayant pour but de décider qu'il y a ou non gas-
S'ensuit-il qu'il nous faille ici passer en revue toutes les douleurs
ques qui pourraient être confondues avec celle de la névrose qui nous
Non évidemment. Déjà à l'article DOULEUR une partie de ce sujet a
'e; je n'ai donc qu'à insister ici sur certains points particuliers. —
, l'essentiel est de rechercher si l'on n'a pas affaire à une névralgie
tercostale. Valleix a fort bien fait remarquer que certaines douleurs
névralgie, fréquemment rangées parmi les crampes d'estomac, peuvent
la région épigastrique, mais qu'il y a en même temps un point dou-
à la pression et que d'autres points semblables se montrent sur le
nerf. J'ajouterai que la limitation de la douleur à droite ou à gauche
ne blanche de l'épigastre est un des meilleurs caractères de la douleur
que dorso-intercostale, et qu'il faut avoir bien soin, lorsque l'on con-
ıs le dos une douleur que provoque la pression et qui retentit à l'épi-
de bien noter son siége, afin de ne pas attribuer à l'influence de la
e le foyer postérieur d'une névralgie dorso-intercostale. — Je crois
l'exposer ici les caractères différentiels de l'embarras gastrique, de la
aiguë ou chronique, de l'ulcère simple et du cancer de l'estomac avec
ılgie, attendu que l'on peut facilement avoir recours aux mots cor-
ınts de ce dictionnaire, et qu'il me suffit par conséquent de les men-

stralgie une fois établie, est-elle simple ou symptomatique? Sans rap-
coïncidences de cette affection avec une foule d'autres, on peut dire
ni les maladies qui affectent notablement le système nerveux ou le sang,
et l'anémie (avec ou sans leucorrhée) sont celles qui s'accompagnent
uvent de gastralgie, ce dont il faudra d'autant plus tenir compte, que
affections sont très-fréquemment observées, surtout dans les grands
e population.
nostic. — On ne doit pas considérer la gastralgie comme une affection

grave au point de vue de la terminaison, à moins qu'il n'y ait des complicatio
exceptionnelles.

GASTRIQUE (Embarras ou fièvre). — On sait que l'on désigne ainsi
état pathologique mal défini dans sa nature et que l'on a aussi appelé
saburral muqueux, embarras bilieux, fièvre gastrique saburrale, etc.

1° *Éléments du diagnostic.* — La face tantôt naturelle, et tantôt avec col
tion jaunâtre de la sclérotique et du pourtour des lèvres, une *céphal*
gravative, de l'*anorexie*, du *dégoût* des aliments, un *goût amer* ou *fad*
un *empâtement* dans la bouche, dû principalement à l'*enduit limoneux*
ou blanc jaunâtre qui recouvre la langue, une *haleine fétide* particulière,
saburrale, quelquefois des *rapports aigres* et nidoreux, des *régurgita*
bilieuses, des *nausées* ou même des *vomissements*, un sentiment de m
ou de gêne vers la région épigastrique qui est indolente à la pression, tant
la *diarrhée* et tantôt de la *constipation*, des *urines rares et sédimente*
tels sont les symptômes principaux de l'embarras gastrique, qui peut exister
ou sans fièvre. Dans le premier cas, on constate un certain *abattement*,
malaise général, de la *courbature*, de l'*insomnie*, sans trop grande fréq
du pouls. Cette fièvre est éphémère.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de l'embarras gastrique,
est surtout fréquent pendant les chaleurs de l'été, ne présente pas en gé
de difficultés. Lorsqu'il en est autrement, ce qui arrive lorsque le mal s'est
longé déjà pendant un certain temps, l'embarras gastrique offre un cara
distinctif sur lequel on a insisté avec raison : c'est la rapidité de la dispa
des accidents et le retour de l'appétit sous l'influence des évacuants et pri
palement des vomitifs. Lorsque les accidents résistent à l'emploi de ce mo
on doit soupçonner qu'ils caractérisent une autre maladie ou qu'ils ne
qu'une complication d'une maladie plus grave.

En présence des symptômes de l'embarras gastrique, il faut se demander,
effet, si l'affection est simple ou si elle n'est qu'un épiphénomène d'une mal
concomitante.

Il n'est guère d'affection, en effet, qui ne puisse se compliquer de cet
pathologique, et c'est surtout dans la pneumonie des vieillards, la phti
aiguë, et dans l'affection typhoïde que l'on peut croire à l'existence d'un si
embarras gastrique. Dans la *pneumonie des vieillards*, en effet, les si
locaux de l'inflammation pulmonaire sont souvent à peu près nuls, ou de
dent à être soigneusement recherchés pour être reconnus. Dans la *phti*
aiguë, les symptômes de l'embarras gastrique peuvent être tellement préd
nants, que c'est sur des faits de cette espèce que Waller a fondé sa div
de la *phthisie aiguë à forme gastrique*, et que Leudet a admis sa *forme la*
(*Thèse*, 1851). Enfin il arrive journellement que, dans les embarras gastri
fébriles, la fièvre, l'abattement, la céphalalgie, les troubles de la vue, la
rhée, font hésiter entre l'existence d'une *affection typhoïde* et un simple
barras des voies digestives ; il est vrai que l'erreur peut n'avoir lieu qu'au
but, avant le développement des taches rosées lenticulaires de l'aff
typhoïde, mais l'incertitude est inévitable jusqu'à ce que l'on ait eu reco
vomitif, comme critérium. L'évacuation est habituellement suivie d'une gr
amélioration, d'une nuit calme et du retour de l'appétit, si l'on n'a
qu'à un simple embarras gastrique, et les symptômes persistent au contra
peu de chose près, au même degré dans le cas de fièvre TYPHOÏDE.

Lorsqu'il est primitif, l'embarras gastrique ne saurait être confondu a
gastrite, ni avec la *dyspepsie*, malgré les phénomènes communs de p

,a GASTRITE est introuvable comme maladie spontanée, et la dyspepsie
iellement chronique, tandis que l'embarras gastrique ne l'est jamais,
comme affection isolée.
mbarras gastrique soit primitif ou constitue un épiphénomène, on n'ou-
qu'il peut présenter ou la forme *bilieuse* ou la forme *muqueuse*. —
remière, on constate les signes de l'état BILIEUX : face jaunâtre, amer-
la bouche, vomissements bilieux amers, jaunâtres ou verdâtres, et
'erdâtre de l'urine traitée par l'acide nitrique. Cette forme se distingue
ent des fièvres bilieuses bénignes des pays chauds. — Dans la forme
, la face est naturelle ou pâle, la bouche fade, et les matières vomies
amertume ni coloration. Cette forme est souvent liée à l'engouement

ré de la maladie dépend du plus ou moins d'intensité des symptômes,
quels il faut tenir compte des phénomènes exceptionnels (probable-
gestifs) que l'on rencontre quelquefois du côté du cerveau, tels qu'une
e intense, une insomnie opiniâtre, et même du délire.
ıostic. — Il est d'autant plus important de ne pas confondre l'embar-
que avec d'autres maladies plus graves, que son pronostic est toujours
, et qu'il n'en est pas de même des affections avec lesquelles il pour-
onfondu.
RITE. — Si la division de la gastrite en aiguë et chronique est jus-
st surtout dans la question de diagnostic.
trite aiguë. — On peut se demander ce qu'est devenue aujourd'hui
, si fréquemment annoncée au lit des malades, il y a une quarantaine
par les médecins imbus des doctrines de Broussais. C'est que cette
st en réalité très-rare, principalement hors des hôpitaux, et que l'on
lus à son existence toutes les fois qu'il y a vers l'estomac des troubles
oins graves.
et généralement aujourd'hui, mais avec réserve, qu'une *douleur épi-*
spontanée augmentant à la pression, des *vomissements bilieux* plus
fréquents et sans soulagement consécutif, une *perte de l'appétit* plus
complète avec un *soif vive*, et enfin un *mouvement fébrile* plus ou
ense et sans autres symptômes généraux violents, constituent les prin-
nptômes de la gastrite aiguë.
mbien ces signes seraient trompeurs si l'on ne constatait pas en même
bsence des autres affections qui peuvent produire la plupart d'entre
surtout cette élimination qui peut faire arriver au diagnostic; aussi
sister sur ce point et faire remarquer que c'est par l'étude attentive
paux symptômes, *épigastralgie* et les *vomissements bilieux*, rappro-
ıutres particularités de l'affection observée, que l'on arrivera à préciser
possible le diagnostic.
leur peut surtout être confondue, et elle l'a été souvent, avec celle qui
une simple névralgie dorso-intercostale des cinquième, sixième et sep-
es de nerfs qui viennent aboutir à l'épigastre, névralgie qui s'accompagne
is de vomissements. Mais avec de l'attention, rien n'est plus facile que de
r la pression le véritable siége de la douleur. Dans la gastrite, la pression
tre produit *à gauche comme à droite de la ligne blanche* une aug-
égale de la douleur spontanée, tandis que, dans la névralgie dorso-
e, le foyer douloureux de l'épigastre est strictement limité immédia-
gauche ou à droite de la ligne blanche dans une petite étendue,
existe des deux côtés, elle est infiniment plus marquée d'un côté que

de l'autre; en même temps l'existence des autres foyers de douleur (ver et externe) confirme le diagnostic de la névralgie. Si la douleur est rec pour n'être pas névralgique, on aura encore, avant de la rattacher à l trite, à décider qu'elle ne peut pas se rapporter à une *gastralgie*, au *lissement* non inflammatoire de l'estomac, à l'*hépatite*, à la *péritoni coliques* hépatique, néphrétique, saturnine, etc. Quant aux VOMISSEMEN traité ailleurs de leur signification; des détails à ce sujet seraient donc su

La gastrite aiguë est très-rarement spontanée. Le plus ordinaireme constitue une affection *secondaire*, qui a été étudiée avec soin par Lou excellent observateur a signalé, dans cette circonstance, l'importance d tique *des douleurs épigastriques et des vomissements de bile* comme d'une altération inflammatoire de l'estomac, lorsqu'ils surviennent cours d'une autre maladie.

Le *pronostic* de la gastrite aiguë n'est grave que parce qu'elle est sec

II. **Gastrite chronique.**

On éprouve un extrême embarras à indiquer les signes de la gastrit nique, si l'on veut les résumer d'après des faits bien observés, au lie cepter les descriptions imaginaires de certains auteurs, et ne pas co comme d'autres la gastrite chronique avec la *gastralgie* et les ULCÉ simples de l'estomac.

Louis a démontré que les douleurs épigastriques, les nausées, les v ments, l'anorexie, avec fièvre au début, caractérisaient quelquefois la dans le cours des affections chroniques, mais qu'elle était quelquefois et enfin que les symptômes précités pouvaient se rencontrer sans lésion matoire de l'estomac. Pour Trousseau, la gastrite chronique se rencont rarement comme maladie spontanée (*Clin. méd.*, t. II, 58e leçon). Les sements pituiteux en seraient un des principaux signes. Mais le résu recherches de Louis montre combien le diagnostic de la gastrite chroniq sente de difficultés. On peut d'ailleurs la confondre très-facilement cancer de l'estomac à marche très-chronique.

Le pronostic de la gastrite chronique n'est pas extrêmement grave même, car habituellement ce sont les progrès de l'affection chronique complique le plus souvent, qui entraînent une issue funeste.

GASTROCÈLE. — *Voy.* HERNIES.

GASTRODYNIE. — *Voy.* GASTRALGIE.

GASTRO-ENTÉRITE. — Avec Valleix, je n'admets pas d'autre entérite que celle qui réunit les symptômes de la gastrite et ceux de l'e du côté de l'estomac, *anorexie*, *nausées*, *vomissements bilieux* plus o répétés, *douleur épigastrique;* du côté de l'intestin, quelques *colique diarrhée*, des *douleurs de ventre*, et enfin, comme symptômes généra légère *accélération du pouls*, un peu de *chaleur*, et parfois de la *cépha*

C'est une affection rare et ordinairement passagère, qui, en temps d'é de choléra, peut se transformer en quelque sorte en cette dernière af Quant à la *gastro-entérite chronique*, plus rare encore que l'aiguë, ell longtemps confondue avec la *gastro-entéralgie.*

GASTRO-ENTÉRALGIE. — Je n'insiste pas sur le diagnostic d affection, constituée par la réunion de la GASTRALGIE et de l'ENTÉRALGIE, la gastro-entérite l'est par la réunion de la gastrite et de l'entérite.

GASTRORRHÉE. — On a donné ce nom à l'expulsion par vomit ou vomissements de matières liquides incolores, plus ou moins filan ordinairement rendues en petite quantité le matin à jeun. Cette e

ée vulgairement pituite) peut être habituelle chez des sujets qui font boissons spiritueuses, ou coïncider avec un état de santé régulier; et, s deux cas, elle a peu d'importance. Toutefois il faut savoir que cette hée est parfois le premier symptôme du cancer de l'estomac, et le seul endant plusieurs mois. J'ai à peine besoin d'ajouter qu'il est important onvaincre, dans tous les cas, que le liquide vient de l'estomac et non des salivaires ou de l'œsophage (*Voy.* VOMISSEMENTS).

TRORRHAGIE. — *Voy.* HÉMORRHAGIES (par la bouche, par l'anus).

EUX (Fluides). — L'air ou les gaz contenus dans les organes respi- et digestifs donnent lieu à des signes physiologiques ou pathologiques 'ai pas à rappeler. Leur présence insolite hors du tube digestif ou des respiratoires révèle nécessairement leur perforation ou leur rupture, une fermentation putride locale.

CIVES. — Ordinairement minces, rosées et fermes dans l'état sain, ves sont souvent altérées dans une foule de maladies, dans lesquelles iennent plus ou moins douloureuses, gonflées, d'un rouge plus ou ncé, molles et saignantes. Il en est ainsi dans les diverses stomatites. t gonflées et douloureuses pendant une période avancée de la DENTITION. t pâles comme la langue et les lèvres dans l'*anémie*, comme fon- et saignantes dans certaines *cachexies* (cachexie splénique, scorbu- :.); leur bord libre est quelquefois le siége d'une ulcération linéaire e) avec ou sans pseudo-membranes, et d'autres fois d'un *liséré* gri- quemment observé dans l'*intoxication saturnine*, mais que l'on aurait onsidérer comme un signe pathognomonique. On observe d'ailleurs à au les mêmes lésions locales que dans les autres parties de la mu- uccale (*Voy.* BOUCHE). Les dents, lorsque les gencives ne les fixent s leurs alvéoles, deviennent mobiles et tombent; c'est ce qui arrive stomatite mercurielle, le scorbut, la gangrène buccale, la glycosurie, alacie.

ITAUX (Appareils). — Ayant traité des données diagnostiques et ens d'exploration de chaque organe de l'appareil génital chez l'homme a femme, j'ai peu de chose à dire ici de cet appareil au point de vue iostic. Je rappellerai seulement que l'on doit chercher quelquefois dans nes assez éloignés l'origine des signes observés vers les organes géni- ı sait, en effet, que le gonflement des grandes lèvres chez la femme céder à la disparition des OREILLONS, et que l'orchite chez l'homme bserver dans la même condition, ainsi que dans le cours de la VARIOLE). Enfin, Verneuil a constaté un épanchement dans la tunique vaginale ux jeunes garçons de dix à douze ans, épanchement qui semblait se r chez eux à une inflammation de l'arrière-bouche (*Arch. de méd.*, . X).

TATION. — *Voy.* GROSSESSE.

BOSITÉ. — *Voy.* DÉVIATIONS VERTÉBRALES.

SSITE. — La glossite est superficielle ou profonde, et, dans les deux ı diagnostic est facile.

- La *glossite superficielle* se reconnaît à l'état de la langue, qui tantôt ıe, dure, rétractée, couverte d'une couche brunâtre, fendillée ; et d'autres ectée seulement au niveau des papilles, qui sont rouges, saillantes, euses, surtout au contact des aliments sapides (glossite *papillaire* de).

glossites superficielles, qui n'ont aucune gravité par elles-mêmes, se

: rappelées plus loin. Cette recherche de la glycose, qui est l'objet de
, est d'une très-grande importance. La GLYCOSURIE ou diabète sucré
en effet, un état pathologique grave, dont le diagnostic repose avant
ı constatation du sucre dans l'urine. Les recherches de Brücke (*Ann.*
: *et de phys.*, 3ᵉ série, t. LXII) ont démontré, il est vrai, que la glycose
ns l'urine normale; mais comme il n'en a trouvé que des traces, la
n du sucre dans l'urine par les moyens dont je vais parler n'en con-
noins son importance pratique.

ıas ici, comme pour l'ALBUMINE, à m'occuper de la recherche de la
ıbord dans l'urine, puis dans d'autres liquides de l'économie. L'exa-
rine est le seul indispensable, et d'ailleurs les moyens de recherche
ìmes dans tous les liquides. Je vais m'occuper successivement : 1° des
constatation de la glycose dans l'urine; 2° de son dosage; 3° des causes
éviter.

ns de constatation. — Ils sont physiques ou chimiques.

aspect de l'urine glycosique, lorsqu'elle est transparente d'abord,
jue incolore, inodore, puis louche et blanchâtre par le repos et le
nent, constitue, avec la quantité considérable du liquide rendu dans
ıatre heures, un premier ensemble de données physiques qui pourra
pçonner la présence du sucre. Cependant l'urine peut avoir un tout
ct, être très-rougeâtre, riche en acide urique, au point de donner
tanément un dépôt abondant d'acide urique, sans cesser d'être riche en
, en même temps, on reconnaît, à l'aide de l'*aréomètre*, que l'urine
ité exagérée, de 1,020 à 1,074, suivant Bouchardat.

ıées physiques pourraient bien suffire à la rigueur dans un certain
cas, mais elles ne sont pas absolues. Ainsi « l'urine, au lieu d'être
être très-rougeâtre, riche en acide urique, au point même de donner
ent un dépôt abondant d'acide urique, sans cesser pour cela d'être
ycose. De plus, la densité est un très-bon indice, mais seulement
; car, pendant l'été, l'urine d'un homme sain qui transpire beaucoup,
quemment 1,028 et 1,029. A l'hôpital, l'urine des malades dépasse
,025 sans être diabétique » (Méhu). En définitive, ce sont les polari-
ı donnent les renseignements les plus probants; malheureusement ils
prix très-élevé, et de plus leur emploi exige des manipulations multi-
œil exercé, et des dispositions particulières pour leur emplacement,
ppose à ce qu'ils deviennent des moyens cliniques habituels.

ən au microscope de l'urine sucrée qui a été exposée au contact de
it découvrir, selon Arthur Hassall (*Med.-chir. Transact.*, t. XXXVI),
l, *fig.* 73, qui ne se verrait dans aucun autre état de l'urine. Ce signe,
· l'auteur comme précieux pour la découverte d'une minime quantité de
ı'a pas la valeur qu'il lui attribue, puisque les sporules de ce végétal
iques à ceux de la levûre. Un signe microscopique plus important est
le sucre même. En effet, l'urine diabétique ne contenant que des
rée et des sels, étant desséchée, a fourni à Beale de très-beaux cris-
s'étonne de ne pas avoir encore vu figurés, *fig.* 74.

es *procédés chimiques* sont nombreux et de valeur diverse. Quels
ənt, on ne saurait trop recommander de n'y avoir recours qu'après
l'urine, traitée d'abord par quelques gouttes d'acide acétique, pour
· le mucus et avoir un liquide parfaitement limpide.

es procédés chimiques, le plus en faveur est celui de Cl. Bernard et
. Il consiste à ajouter une petite quantité d'urine dans un tube con-

tenant une *dissolution récente de tartrate double de potasse et de cu[ivre]* *dans la potasse caustique*, et l'on chauffe le mélange. S'il contient du su[cre], il se produit un *précipité jaune rougeâtre* formé de *protoxyde de cui[vre]*. — Dans le procédé de Frommherz, la potasse en excès remplace le tartr[ate]. — La *liqueur de Fehling* diffère de celle de Barreswill. Elle se cons[erve] beaucoup plus longtemps que cette dernière, qui se décompose rapide[ment]

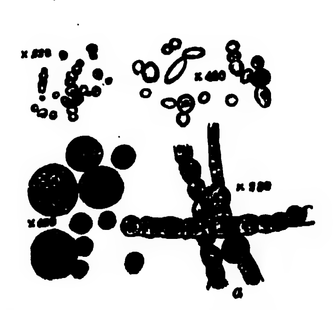


Fig. 73. — Sporules du végétal d'Hassall, d'après Beale. Grossissement 220 diamètres.



Fig. 74. — Sucre de diabète cristallisé. G[ros]sissement : 130 (Beale).

sous l'influence des rayons solaires; elle lui est donc très-préférable. [La] liqueur de Fehling se compose d'une solution dans l'eau distillée de *sulfa[te de]* *cuivre* pur, de *soude caustique* et de *tartrate neutre de potasse*. — Un t[roi]sième procédé basé sur la réduction des sels cuivriques (signalée par Trom[mer]) est celui de Capezzuoli, qui diffère du procédé Barreswill par la substitution [aux] sels de cuivre et de potasse, de l'*oxyde bleu hydraté de cuivre*, et d[e] *potasse caustique en excès*.

Dans le procédé de Moore, une solution de *potasse caustique* est le réactif employé; la potasse doit être en excès. Mialhe a simplifié ce moye[n en] substituant la potasse solide à sa solution. On fait chauffer jusqu'à l'ébulli[tion]. Dans l'un et l'autre cas, le liquide prend une *couleur brune* ou d'un brun r[ou]geâtre caractéristique, due à la destruction du sucre.

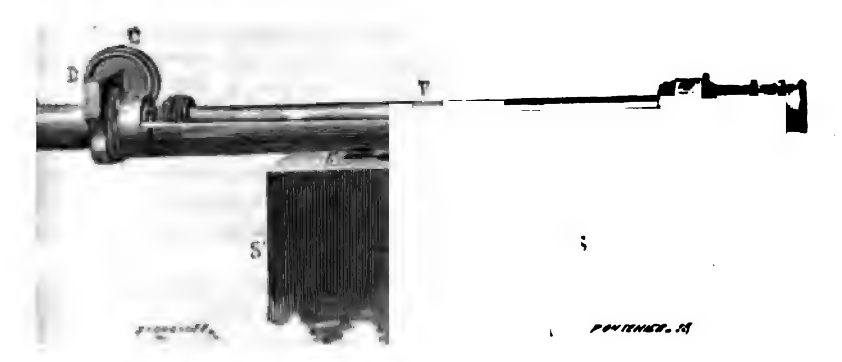
Maumené a conseillé de se servir d'une bandelette de mérinos trempée [préa]lablement dans une solution aqueuse de *bichlorure d'étain* et séchée au [bain-]marie; on verse une goutte d'urine sur l'étoffe, et en chauffant fortem[ent on] obtient une tache noire très-visible, si l'urine contient du sucre. Ce moyen [n'est] pas usité. Une simplification du procédé Maumené, indiqué par Go[...] (d'Argentan), consisterait à prendre une compresse de fil ou de coton, à l[aisser] tomber dessus une goutte d'urine qui s'étale aussitôt, puis à maintenir pe[ndant] quelque temps cette compresse au-dessus des charbons ardents. Si l'urine [est] sucrée, la chaleur déterminerait la formation d'une tache brune, surto[ut à la] circonférence, avec odeur de sucre brûlé, ce qui n'aurait pas lieu si l'uri[ne ne] contenait par de glycose. La simplicité de ce moyen le rendrait préci[eux au] moins comme moyen préliminaire, s'il avait la valeur que lui assigne son [auteur].

Enfin Bœttger a proposé le *sous-nitrate de bismuth uni à la potass[e caus]tique* comme formant, dans les urines sucrées portées à l'ébullition, u[n pré]*cipité de bismuth métallique*, qui est miroitant et qui adhère solide[ment au] verre si l'opération est bien faite (Méhu).

s divers procédés chimiques sont les plus faciles à employer, en revanche ctères qu'ils fournissent ne sont pas absolus; et ils ne sont pas applicables herche de quantités minimes de glycose. Or, l'*extraction du sucre* ne et la *fermentation alcoolique* sont deux moyens qui décèlent la ite portion de glycose; mais ces procédés sont jusqu'à présent par trop es pour être habituellement mis en usage ailleurs que dans un labo- Un seul de ces procédés, conseillé par Brzeszinski (1850) pour obtenir en nature, fait exception à cette règle; il est d'une simplicité sédui- consisterait à renfermer l'urine dans un vase de même argile que les ; au bout de peu de jours, on verrait une sorte de transpiration et une *ution de sucre* se faire extérieurement à la surface du vase. Mais ce ne saurait déceler quatre ni même cinq grammes de sucre par litre; il d'ailleurs caractériser la nature de la cristallisation. C'est donc tout au moyen de faciliter la cristallisation du sucre quand il y en a beaucoup

querai plus loin les inconvénients qu'on a reproché à ces moyens, et urs auxquelles ils peuvent donner lieu.

osage. — En supposant la présence de la glycose dans l'urine parfaite- nstatée, est-il possible de déterminer la *quantité* de ce principe con- ns l'urine? Cette détermination n'est précise qu'à l'aide du polarimètre , du saccharimètre de Soleil, ou du *diabétomètre*, plus portatif et moins x, de Robiquet, basé sur le même principe (*Acad. des sc.*, 1856). La on à droite de la lumière polarisée est mathématiquement *en raison di- de la quantité de sucre* contenue dans le liquide. Les figures 75, 76 et 77 entent le diabétomètre Robiquet.



Le diabétomètre en perspective monté sur la boîte SS' servant de pied. — L, loupe. C, cercle. te tige triangulaire servant de point de repère pour compter les degrés du cercle gradué. F, tube destiné à recevoir les liqueurs à analyser.

'absence de ces instruments, le moyen de dosage le plus simple est de se le liqueurs cupro-potassiques titrées pour une quantité donnée du liquide iner et que l'on verse dans des tubes gradués. On détermine ainsi com- ment la quantité du sucre contenu dans un litre d'urine. Ce procédé, par Barreswill, « donne d'excellents résultats quand on a eu soin de er la liqueur, » et il faut le faire souvent, surtout avec la solution Barres- s expériences de Fehling ont démontré qu'un équivalent de glycose cor- à 10 équivalents de sulfate de cuivre.

res moyens seulement approximatifs de juger de la quantité de glycose e dans l'urine sont : l'*abondance plus ou moins grande des précipités*

(procédés basés sur la réduction des sels cuivriques), et la *coloration* plu
moins brune obtenue par les procédés Moore et Mialhe ; précipités d'a
plus abondants et à coloration d'autant plus foncée que la matière sacch
dissoute serait en quantité plus grande. Ces évaluations quantitatives ne don

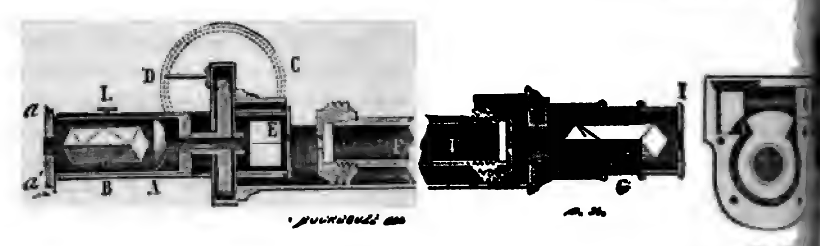


Fig. 76. *Fig.* 77.

Fig. 76 et 77. — Diabétomètre Robiquet, construit par J. Duboscq. Instrument destiné à mesurer
dans les urines diabétiques. — A, loupe simple : elle peut être avancée ou reculée rectilignement s
de sa bonnette *a*, *a*, ce qui permet de fixer la vision sur la plaque bi-quartz E. B, prisme de
faisant fonction d'analyseur. C, cercle gradué pouvant tourner dans un plan vertical et entraîn
sa rotation l'analyseur B; cette communication de mouvement est facilement saisie à la seule
tion de la figure 77. D, petite tige triangulaire servant de point de repère pour compter les degrés d
gradué. E, plaque de quartz à double rotation composé de demi-disques ayant chacun une é
de 7mm,60 et donnant la teinte sensible bleue violacée, lorsque l'instrument est réglé au zéro.
central destiné à recevoir les liqueurs à analyser; il est terminé par deux bonnettes à plans é
mobiles, et un diaphragme métallique est placé dans son intérieur pour régulariser la m
rayons polarisés. G, prisme de Nicol, servant de polarisateur et ne laissant passer que l
extraordinaire. I, bonnettes de verre vert pâle, pouvant s'enlever à volonté lorsqu'on n'opère p
lumière du jour.

que des à peu près, suivant la durée pendant laquelle les dépôts s'effectue
température employée, et la densité des liqueurs. L'appréciation de la qu
de glycose urinaire par le volume de l'acide carbonique recueilli par la fer
tation est également incertaine, parce que la glycose se convertit en parti
acide lactique (Poggiale, *Traité d'analyse chimique*, p. 499).

3° Les *erreurs* auxquelles peuvent conduire les différents procédés
j'ai rappelés sont assez nombreuses. Ces causes d'erreur méritent d'être p
en sérieuse considération, car des réactions fautives font croire à la présen
la glycose qui n'existe pas, tandis que certaines particularités peuvent, au c
traire, faire méconnaître l'existence du sucre dans l'urine, quoique la glyc
soit réelle.

D'abord, dans le liquide de Barreswill, la potasse se transforme assez rap
ment en carbonate de potasse, qui réduit le sel de cuivre en l'absence d
glycose. Cette liqueur a donc besoin d'être nouvellement préparée (ou additi
d'un peu de potasse caustique si elle est ancienne) pour fournir des préc
légitimes. Mais ce n'est pas l'objection la plus grave que l'on ait faite à ce m
d'investigation chimique. On lui a reproché, en effet, de faire croire à la p
sence du sucre dans l'urine lorsqu'il n'y existe pas un atome de glycos
réduction du liquide cupro-potassique pouvant être opérée par des pr
normaux de l'urine : par l'*acide urique* et les *urates*. Ce fait, sur l
Leconte a insisté, et qui est commun à tous les réactifs à sels cuivriques,
été signalé par Barreswill lui-même. Il conseillait, en effet, pour éviter
méprises de ce genre, de précipiter d'abord l'acide urique par l'acétate de
tribasique, de filtrer et de traiter la solution par le carbonate de soude p
débarrasser du plomb en excès. A. Becquerel a, depuis, préconisé le mê
cédé; mais Béhier a démontré que les urates, traités par l'acétate de plo
le sulfate de soude indiqués par Becquerel, suffisaient très-bien pour pr

›n cupro-potassique (*Soc. des hôp.*, novembre 1857). De plus, il faut r que la glycérine, le tannin, la cellulose (coton) et le chloroforme peu-réduire le liquide cupro-potassique, comme le fait la glycose (Cl. Ber-

e de là que l'absence de réduction du liquide cupro-potassique mé-urines est un signe très-net de l'absence de la glycose, tandis que sa ne saurait être considérée comme une preuve décisive de la présence ans l'urine.

nt, malgré les objections qui ont été faites, Méhu croit que le réactif est excellent, et que c'est surtout dans la manière d'en faire usage rve toute sa valeur. Il faut *filtrer d'abord l'urine* avant l'emploi de ar les urines troubles par différentes causes sont presque toujours es erreurs.

mploi de la potasse comme unique réactif, les urines peuvent donner n brune sans contenir de glycose. Dans le procédé de Bœttger, auquel cours, le précipité noir ne doit être attribué à la glycose, suivant 'autant qu'il n'y a ni albumine ni sulfure, ce que l'on établit aisément une partie d'urine par l'*acide azotique et la chaleur* (pour rechercher), et une autre partie en la faisant bouillir avec de l'*oxyde de plomb,* ne pas de précipité noir, s'il n'y a pas de sulfure dans l'urine. Le 3œttger, qui a ainsi l'avantage d'être peu compliqué pour être exact, exige que des mélanges et l'action de la chaleur, a d'ailleurs la sanc-périence; mais il est moins sensible que la liqueur bleue bien faite niée.

n'est pas jusqu'au procédé complexe de la fermentation alcoolique, en si décisif, qui ne puisse induire en erreur dans la recherche du sucre. tation, en effet, pourrait avoir lieu, suivant Leconte, dans une urine parce qu'un malade aurait ingéré à jeun une grande quantité de sucre produit accidentellement une glycosurie temporaire physiologique, que la levûre de mauvaise qualité aurait elle-même donné lieu à la ›n. On ne pourrait éviter ce dernier effet qu'en se servant de *levûre de* *ien lavée* (*Arch. de méd.*, 1857, t. X).

joute aux difficultés de la constatation de la glycose, c'est que, de pour l'albumine, il peut exister des variations diurnes de quantité qui naître la glycosurie si l'on n'examine les urines que le matin. Des s de Cl. Bernard et des faits observés par Andral, et confirmés par it, il résulte que les urines qui ne donnaient à jeun que des traces de n présentaient après le dîner douze à vingt-cinq grammes par litre *s sc.*, 1855). L'état de digestion constitue donc une prédisposition à la glycosurie, qui s'expliquerait, dit Cl. Bernard, par la production dérable du sucre du foie dans cette condition. D'un autre côté, on a s glycosuries dans lesquelles le sucre disparaissait des urines pendant temps, pour y reparaître ensuite de nouveau, comme l'a remarqué es (*Med.-chir. Transact.*, t. XXXVI). Enfin le sucre peut disparaître ne maladie fébrile (variole, rougeole, pneumonie) et réapparaître en-

iter les erreurs dans la recherche de la glycose dans l'urine, il ne faut erdre de vue les réactions trompeuses que j'ai rappelées, ni les varia-es intermittences qui peuvent résulter de l'abstinence ou de l'invasion ies aiguës incidentes.

iter toute cause d'erreur, Mialhe est d'avis que l'on doit employer

successivement tous les procédés les plus pratiques qui, en se contrôlant les autres, peuvent présenter des résultats certains. L'aréomètre, les alc procédés de Frommherz, de Barreswill ou de Fehling, et celui de Bettg paraissent devoir être employés successivement, ce qui n'exigerait que q minutes (Journ. *le Progrès*, 1860). Pour A. Becquerel, il n'y a qu'un seul infaillible : le polarimètre. Béhier, d'après ses expériences, croit que le p mètre et la fermentation réunis, en se contrôlant, sont les seuls moyens c (*loc. cit.*).

GLYCOSURIE. — Le diabète sucré a reçu une foule de dénomin qui ont été remplacées parmi nous par le mot glucosurie (ou plutôt glyc proposé par Bouchardat. Cette maladie est essentiellement caractéri l'excrétion ordinairement très-abondante d'une urine contenant toujours solution une matière saccharine analogue au sucre de fécule (glycose). successivement formulé plusieurs théories sur les conditions organiq font apparaître la glycose dans l'urine. L'estomac, les reins ont été d'abo en cause pour expliquer l'apparition du sucre dans les urines. Mais ce mières opinions se sont modifiées profondément depuis les remarquabl vaux de Cl. Bernard sur la fonction glycogénique du foie, et sur l'influe lésions de certaines parties des centres nerveux sur la glycosurie (*Leç physiologie expérim.*, 1855, t. I). Toutefois, si l'on est d'accord sur l'interv nécessaire du foie pour la production de la glycose éliminée par l'urine, l sions nerveuses qui peuvent provoquer la glycosurie sont plus complexes ne l'avait cru d'abord. Cl. Bernard avait signalé la piqûre du quatrième v cule comme la provoquant expérimentalement. Mais la question a dû être quant à l'action nerveuse qui déterminerait le diabète sucré. Schiff, par nieuses expériences, a démontré que la piqûre du quatrième ventricule n' de spécifique, et que la section des cordons postérieurs de la moelle cer en respectant les cordons antérieurs, produit le même effet. Pavy, de so a expérimenté en lésant certaines parties du grand sympathique et a prod glycosurie. Enfin Schiff a montré qu'on arrivait au même résultat en rale ou arrêtant la circulation dans un membre avec une ligature. En dehors résultats expérimentaux très-importants, il y a surtout à tenir compte des pathologiques considérés comme points de départ de la glycosurie et dont question plus loin à propos des données étiologiques du diagnostic.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes de la maladie ont été pa ment exposés par Contour dans son excellente thèse sur le diabète sucré (La donnée essentielle du diagnostic est la constatation de la GLYCOSE dans l' question traitée à part dans l'article précédent. Je n'ai donc à rappeler i les données symptomatiques qui peuvent donner l'idée de rechercher glycose dans l'urine.

En première ligne se place l'*abondance considérable du liquide uri* rendu dans les vingt-quatre heures (5 à 16 kilogrammes et plus), ainsi q aspects successifs, qui sont la *pâleur*, la *transparence* et le *défaut d'od* moment de l'émission, son *aspect lactescent par le refroidissement*, l'exhalation d'une *odeur aigre* et vineuse. Il s'y joint les caractères phy et chimiques que j'ai rappelés dans l'article précédent. Le méat urinaire prépuce sont rougis par le fréquent passage de l'urine, et parfois on per stater de la *glycose desséchée* extérieurement dans le voisinage des génitales, au périnée, par exemple (Autenrieth), ou sur la chemise du Friedreich a signalé la présence aux parties génitales des glycosuriq *champignons microscopiques* constatés dans l'urine. Ils auraient l'app

lles, et se rencontreraient à la base du gland chez l'homme, et sous le pré-
:litoris et à la base des petites lèvres chez la femme (*Arch. für path.*
864). C'est un fait intéressant à connaître, mais que l'on n'aura pas l'idée
au lit des malades. Enfin il y a *absence de fièvre*, intégrité de l'intelli-
cheresse remarquable de la peau par suite du défaut de transpiration
upart des cas, mais non dans tous; une *anesthésie* quelquefois com-
fois des *éruptions* diverses (lichen, impétigo, psoriasis), et un *affai-*
ıt de la vue.

é des organes digestifs, les phénomènes sont souvent remarquables :
ide et sèche, *salive* rare, épaisse, écumeuse, presque toujours acide
nent suivant Mialhe); *goût* fade (sucre dans la salive); *langue* humide,
ıns enduit blanc et épais, parfois d'un brun noirâtre; *gencives* molles,
; ; déchaussement et ébranlement des *dents*, qui se carient et tombent
u en fragments; *augmentation remarquable de l'appétit* ou véri-
limie, accompagnée néanmoins d'un *amaigrissement* de plus en plus
; *aliments* ingérés en quantité vraiment surprenante dans certains
que la *digestion* en soit souvent facile, d'autres fois accompagnée de
u de chaleur épigastriques, de *renvois acides* et même de *vomisse-*
: matières pouvant contenir du sucre (Mac-Gregor); la *constipation*
acée, et les *matières fécales* sont parfois complétement inodores; plus
sont grisâtres et diarrhéiques. Les *facultés viriles* sont anéanties chez
neuf fois sur dix, suivant Elliotson. Quand la maladie est avancée, il
e la fièvre, une sensibilité exagérée au froid et des alternatives de cha-
ı toux, des signes de *tubercules pulmonaires* et un *dépérissement* à
ıpide, enfin de l'*œdème* aux membres inférieurs, et parfois un *épan-*
dans le péritoine dans les derniers temps de l'existence. Il sera ques-
loin d'autres phénomènes concomitants ou antérieurs, qui peuvent
dée de la glycosurie; ils dépendent des maladies dans lesquelles elle se
omme épiphénomène, ou bien ils constituent des complications de la
: elle-même.

luctions diagnostiques. — Il serait facile de critiquer cette sèche
ion des symptômes de la glycosurie, mais non de la remplacer par un
'ensemble de la maladie suffisamment complet, tant sont variées par
re et l'intensité les manifestations symptomatiques de la maladie.

e début, lorsque l'abondance excessive des urines, l'appétit extraordi-
ec amaigrissement sensible, ou bien l'examen fortuit des urines ne
pas remettre sur la voie, l'idée de la glycosurie peut très-bien ne pas
ıter à l'esprit.

la maladie est franchement déclarée, au contraire, on peut dire qu'il
s un seul des symptômes principaux qui ne puisse éveiller l'idée de
ce de la glycosurie et provoquer l'examen de l'urine. Or, ces phéno-
ymptomatiques se présentent à l'appréciation du médecin souvent
t, plus rarement en groupe; aussi doit-il bien se pénétrer de connais-
ıffisantes sur cette maladie, s'il ne veut pas s'exposer à faire fausse
ccoud a insisté avec raison sur l'importance des lésions locales pro-
l'extrémité de la verge (rougeur du méat, éruptions de prurigo ou
, gonflement du prépuce, phimosis et balanite), comme pouvant con-
praticien à examiner l'urine, et devenir l'occasion de la découverte
ladie dans beaucoup de cas (*Leçons de clin. méd.*, 1867). Le dia-
st d'autant plus difficile que les phénomènes sont plus isolés, et ce
ıente les difficultés d'interprétation de ces phénomènes, c'est qu'il

La *glycosurie idiopathique* ou primitive, rencontrée presque exc
chez l'homme adulte, serait due à des influences hygiéniques pr
débilitantes, à l'habitation de certaines contrées (l'Angleterre et la H
exemple), à une nourriture insuffisante, trop exclusivement végétale
ment à l'usage immodéré des féculents, du sucre, des boissons fer
aqueuses, et, pour certains observateurs, à la suppression de la t
cutanée. Ces données étiologiques, dont l'influence n'est pas démo
samment pour la plupart, doivent cependant être prises en considé
le diagnostic de la glycosurie idiopathique; mais ici l'absence de to
qui peut être l'origine d'une glycosurie symptomatique a plus de val
donnée diagnostique. L'hérédité, lorsqu'elle est constatée, est une
donnée diagnostique de l'existence de la glycosurie idiopathique.
signalée par plusieurs auteurs, et Mosler en a observé un exemp
remarquables : c'était une femme diabétique, dont le père, la m
sœurs étaient morts de la même maladie, et de plus le fils de cett
fut ensuite atteint lui-même (*Berlin. med. Wochenschrift*, 1864).

Dans cette première catégorie (glycosurie idiopatique) se range
des faits sur lesquels les premiers observateurs qui ont décrit la
basé leurs descriptions. Ce n'est que plus tard que les *glycosuries*
ou *symptomatiques* ont été observées.

Blot, dans une thèse remarquée (1849), avança que la présen
dans l'urine des femmes enceintes, en couches, et dans l'état pue
un phénomène habituel, et que sa disparition indiquait un état
intercurrent. Mais Leconte (*Arch. de méd.*, août 1857) est venu nie
de la glycose dans les urines des femmes en lactation ; il lui aurait
sible de faire fermenter ces urines, qui n'auraient réduit le liquide c
sique que grâce à la plus grande quantité d'acide urique qu'elles
(*Voy.* GLYCOSE). Je me hâte d'ajouter néanmoins que Becquerel

ire avec la glycosurie idiopathique. Sur deux mille faits environ de maverses, Becquerel a trouvé près d'une vingtaine de cas de glycosurie matique dans des maladies du cerveau et de la moelle, et dans d'autres ns trop variées et encore en trop petit nombre pour que le fait ait une ation précise. Cependant il faut noter que Becquerel, à son grand étont, n'a pas constaté le phénomène dans les cas d'emphysème pulmonaire, ıchite chronique ancienne, de maladie du cœur, ce qui infirme complécertaine théorie du diabète sucré qui place l'origine de la maladie dans ons des organes respiratoires (Alvaro Reÿnoso). Leudet (*Mém. de la Soc.*, t. IV, 2e série) a étudié l'influence des altérations organiques du cerveau production du diabète, qui peut coïncider avec la maladie cérébrale ou céder, et qui se montrerait de préférence lorsqu'il y a comme symptôme ouvements convulsifs. Cette influence étiologique des affections céréspontanées est incontestable. Trousseau et Luys ont vu la glycosurie r d'une lésion de la substance nerveuse du quatrième ventricule (*Clin. le l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II), ce que faisait prévoir l'expérimentation Bernard. Le siége des lésions spontanées accompagnées de glycosurie est ırs très-varié. Il y a plus : suivant le docteur Noble, il y aurait une ırie due, non plus à la lésion d'un point circonscrit de l'encéphale, mais nple surexcitation de l'organe. Il n'y aurait alors ni la soif ni l'appétit onné, ni, du côté de la peau, l'acidité et la sécheresse habituellement ies ; seulement le sucre existerait en quantité notable dans l'urine *méd.*, 1864).

e les affections spontanées du cerveau et de la moelle, on a signalé point de départ d'une glycosurie temporaire, la commotion cérébrale tique. Moutard-Martin et P. Fischer (*Union méd.*, 1860, t. V) ont deux faits de ce genre, qui sont loin d'être les seuls connus. Plus tard, her a publié un important Mémoire sur les traumatismes comme causes bète sucré ou insipide. Il a réuni ou cité de nombreux exemples de rie survenue le plus souvent temporairement : à la suite de lésions tiques de l'encéphale (coups sur le crâne), de coups sur le dos ou les , de fractures des vertèbres, de chutes sur les pieds et la face, ts violents, et enfin de secousses ou de contusions diverses (*Arch. gén. d.*, 1862, t. XX). Klee a vu une jeune femme devenir diabétique à la suite s coups de hache portés sur le crâne (*Soc. méd. du Haut-Rhin*, 1864). Gibb (*The Lancet*, 1858) prétend avoir constaté la glycosurie chez e tous les sujets atteints de *coqueluche*, et, pour Burdel (de Vierzon), t un épiphénomène habituel de la *fièvre paludéenne*, se montrant pens accès et disparaissant avec eux.

résence de ces glycosuries temporaires constatées sans doute par les s ordinaires, on se demande si, dans beaucoup de cas, les urates de s n'ont pas simplement joué le rôle de la glycose absente ?

a donc encore beaucoup à faire pour que le diagnostic des glycosuries s dans leurs symptômes ait la précision qui leur a manqué jusqu'à prét cela en raison des causes d'erreur longtemps inconnues que présentent yens cliniques habituels de constatation de la glycose. Cette constatation e est, en effet, la pierre d'achoppement de la question, car sans elle l'imas peut se livrer à de tels écarts à propos de tel ou tel signe pour porter agnostic, qu'il serait impossible d'exposer complétement le diagnostic ntiel sous ce rapport. La distinction la plus importante à rappeler est le la véritable glycosurie d'avec la polydipsie et la polyurie. — Dans la

polydipsie, il n'y a qu'un seul symptôme : de la soif avec séche bouche, et, consécutivement à l'ingestion des liquides, des urines dantes, très-aqueuses, sans augmentation proportionnelle de leurs solides dans les vingt-quatre heures. — Dans la *polyurie*, il y a soi le flux d'urines est exagéré; et il y a élimination proportionnelle de solides dissous dans l'urine, ce que l'on constate avec l'aréomètre (V

J'ai dit plus haut que la *forme* idiopathique ou symptomatique déterminée. Dans l'un et l'autre cas, on cherchera quel est le *degré* d en faisant en sorte de doser la glycose (*Voy.* GLYCOSE). Cependant drait pas se fier d'une manière absolue à la quantité de sucre cor établir le degré de la glycosurie, puisque l'on a reconnu que ce variait aux différentes époques de l'affection, ce qui a fait admettr glycosuries *intermittentes*.

Enfin, en constatant la glycosurie, on devra toujours redouter de *cations* graves : les *tubercules pulmonaires* et les *gangrènes part* dernière complication, qui a été signalée par Marchal (de Calvi) e mérite, comme les tubercules du poumon, une attention sérieus rapprocher de ces gangrènes partielles les *inflammations charbon* plusieurs observateurs anglais, Prout et Cheselden principalement, en Allemagne, ont indiquées comme coïncidant avec le diabète. (de Calvi) est l'auteur qui a le plus contribué à établir l'importante cause à effet entre la glycosurie et les gangrènes. Dans un ouvrage 1864 (*Rech. sur les accidents diabétiques*), il a développé ce s tant; il en ressort que l'existence de certaines inflammations et de localisées, notamment au niveau du tissu conjonctif sous-cutané rechercher immédiatement s'il n'existe pas de glycose dans l'urine. L l'anthrax, le phlegmon diffus doivent toujours suggérer cette recher n'a pas été déjà faite. Fritz (*Gaz. des hôp.*, 1862) a vu se dévelop sivement, dans le cours d'une glycosurie, des abcès, des furoncles phlegmon diffus. La gangrène du poumon, due à la même cause, a par plusieurs auteurs. — La tuberculisation pulmonaire, qui com quemment aussi la glycosurie, mérite une attention particulière. Si tate chez un sujet de constitution vigoureuse, dont le dépérissemen en rapport avec la lésion pulmonaire, et chez lequel la glycosurie encore soupçonnée, il faut examiner l'urine et y rechercher la gl la constatation vient éclairer sur la véritable nature des phénomène

D'autres complications peuvent se présenter du côté de la vue. Ce *blyopie* et la *cataracte* dites diabétiques, qui ont été bien étudiées pa dans deux Mémoires (*Gaz. hebdomad.*, 1861 ; *Arch. de méd.*, mê — L'amblyopie, dont la cause anatomique n'a pu être révélée par l' scope, est légère ou grave, et elle atteindrait le quart ou le cinquiè (Bouchardat, Lécorché). Jointe à d'autres phénomènes qui peuvent çonner la glycosurie, elle peut être le point de départ du diagnostic à la cataracte diabétique, elle a moins d'importance diagnostique puisqu'elle ne se montre, suivant Lécorché, que dans le cours des graves et à une époque avancée de leur évolution; cette cataracte, ord molle, est ou non précédée de troubles amblyopiques ou d'affections de forme variée (*Ach. de méd.*, 1861, t. XVII et XVIII).

3° *Pronostic.* — Le pronostic de la glycosurie est souvent diffi muler d'une manière précise. Sans aucun doute, il ne présente auc si la maladie est symptomatique, et il est au contraire très-grave lo

t idiopathique, abandonnée à elle-même et parvenue à une période ;urtout si elle s'est déjà compliquée d'accidents plus ou moins graves iés ; mais il est précisément difficile, dans certains cas, de déterminer adie est symptomatique ou idiopathique. Quoi qu'il en soit, il nous ıe les traités de pathologie formulent un pronostic trop fatal à propos :osurie idiopathique. Pour ma part, j'ai vu guérir deux malades grateints. L'un d'eux dépérissait depuis deux ans que sa maladie n'était ;onnée; et quoiqu'il fût atteint de tuberculisation pulmonaire avec :rne, il guérit en six mois, en suivant strictement le traitement de at, auquel j'asssociai l'usage intérieur du tannin. Cette guérison perıis deux ans.

RE. — Le diagnostic du goître est ordinairement facile, la tumeur e étant plus ou moins volumineuse, sillonnée par des veines sousplus ou moins dilatées, occupant la partie antérieure du cou, et pré: plus souvent la forme bilobée du corps thyroïde.

eur, par son aspect et son siége, ne permet guère de douter que l'on à un goître. Cependant il pourrait arriver que l'on commît une erreur ›stic en présence d'autres tumeurs occupant le même siége; car on a ¡ue le goître se développait quelquefois d'une manière irrégulière, et quent ne rappelait pas toujours la forme du corps thyroïde.

flement *emphysémateux* de la partie antérieure du cou ne pourra ›ris pour un goître, ce gonflement survenant d'une manière rapide et ırement sans s'étendre aux parties voisines. — Un *anévrysme* occuırtie antérieure du cou présenterait un ensemble de signes physiques rmettrait, je crois, aucun doute. Cependant il ne faut pas perdre de dans le goître qui se développe dans l'affection générale dite *cachexie ılmique*, la tumeur goîtreuse est le siége de battements et de soulèvetériels énergiques qui pourraient faire croire à un anévrysme, si la ıgérée des yeux et les palpitations fortes du cœur, jointes à des phèanémiques, n'offraient un ensemble de signes caractéristiques. — eur *graisseuse*, un paquet de *ganglions lymphatiques*, un *kyste ıe*, un *abcès par congestion*, pourraient peut-être plus facilement ın goître; mais l'ensemble des signes locaux, et entre autres la forme, tance, l'insertion précise de la tumeur, la feront assez facilement re.

ıre reconnu, il faut chercher à remonter à sa cause. Cette cause est ıe lorsqu'il s'agit d'un *goître* des vallées basses et humides des Alpes, socie le plus souvent à l'état d'infériorité physique et morale qui consrétinisme. Le goître accidentel est produit par des influences encore connues, si l'on excepte les *efforts* violents, les *contractions de hement* et l'*hérédité* de père et de mère à la fois, qui sont les causes établies. Nat. Guillot a signalé aussi l'hypertrophie de la glande thyez les femmes enceintes (*Arch. de méd.*, 1860, t. XVI).

nostic du goître n'est grave que dans les cas où la tumeur exerce une graduelle sur les organes sous-jacents, pression qui peut faire redouter ation ou une congestion cérébrale fatale, tout en déterminant de la ıie, l'altération de la *voix* et un *ronflement* trachéal. Ces accidents de ;ion ne sont pas toujours en raison directe du volume de la tumeur. Un u volumineux, qui s'est développé vers l'intérieur, produit quelquefois lents graves. Bonnet a appelé l'attention sur la gravité des goîtres situés ı du cou et de la poitrine (*Acad. des sc.*, 1855), et comprimant la tra-

chée, les nerfs du plexus brachial et le nerf diaphragmatique, d'où l'aplati-
ment du ventre pendant l'inspiration, c'est-à-dire la *paralysie du diaphra*
cause très-grave de dyspnée.

GOMMES. — *Voy.* SYPHILIS.

GOUT, GUSTATION. — Pour bien comprendre les modifications q
sensibilité de la langue peut subir dans les maladies, il faut se rappeler qu
organe reçoit trois nerfs différents : 1° le nerf hypoglosse, qui se distribu
muscles de la langue et qui préside à ses mouvements; 2° le nerf lingual (
5e paire), qui lui donne la sensibilité tactile, ainsi qu'aux lèvres, aux genci
aux parois buccales; 3° le glosso-pharyngien, qui est au moins le pri
nerf du goût, qui s'exerce plus particulièrement à la base de la langue,
aussi à la partie supérieure du pharynx et à la partie inférieure des pili
voile du palais.

Ce simple exposé démontre que l'application d'une substance sapide fai
la langue dans le but de rechercher l'état du goût doit être dirigée vers la
de cet organe, et que la recherche de la sensibilité tactile peut être ex
indifféremment dans tous les points de la muqueuse intra-buccale.

Les faits qui précèdent montrent encore à quel nerf il faut rapporter le
sions des *mouvements* de la langue (à l'hypoglosse), de sa sensibilité *tacti*
lingual et un peu au glosso-pharyngien), et de la gustation (au glosso-phar
Il ne faut pas perdre de vue non plus ce fait physiologique très-importan
le sens du goût est inférieur à l'odorat; que celui-ci est nécessaire à une g
tion complète, et que, dans l'exploration du sens du goût, il faut que les
nasales ne soient pas obturées.

Il est rare que l'on recherche l'état de la fonction de gustation dans le
ladies; on se contente ordinairement de constater l'état de la sensibilité
muqueuse buccale ou linguale, comme on le fait pour celle du nez et p
conjonctive. Aussi les altérations du goût comme éléments diagnostiques
elles insuffisamment connues.

On ne saurait conseiller au médecin, ni même aux malades eux-mêmes,
voir recours à la gustation pour juger la saveur de certaines excrétions, c
l'urine. C'est là une exploration dégoûtante dont on devrait rayer les rés
des descriptions classiques, ce que justifierait d'ailleurs leur peu d'i
tance.

GOUTTE. — J'admets, avec la plupart des observateurs, que la gout
une affection distincte du rhumatisme, et que c'est seulement dans des cas
tionnels que les deux maladies paraissent se confondre. Les recherch
Garrod sur la goutte ont mis hors de toute contestation cette distinctio
Goutte, sa nature, son traitement, et le Rhumatisme goutteux ; trad
A. Ollivier, et annoté par Charcot, 1867). Cet ouvrage est le traité le plus
plet qui ait été consacré à cette maladie; aussi nous fournira-t-il des maté
importants pour certains points de diagnostic à traiter dans cet article. Mais
tout je dois rappeler que Garrod a élucidé le premier avec précision la qu
de la présence de l'acide urique dans le sang, où il n'en existe que des
dans l'état physiologique, tandis que cet acide ou les urates sont en excè
le sang des goutteux. Ce fait important n'avait été qu'une hypothèse d
fin du siècle dernier. Garrod a montré de plus que l'on trouve cet acide
dans tous les épanchements morbides qui se forment chez les goutteux, d
séreuses par exemple, comme dans la sérosité des vésicatoires. Cette di
urique avec les dépôts de matières tophacées , composées principal
d'urate de soude, dans les différentes parties qui constituent les jointures,

ìre constant et vraiment scientifique de la goutte. Il en fait une maladie ıent distincte de toutes les autres, dont les symptômes et la marche ètre aigus ou chroniques.

ments du diagnostic. — Ils ne sont pas les mêmes dans la goutte lans la goutte chronique.

ıtte aiguë, décrite par Sydenham, est caractérisée par des accès tout rs. Le malade, en effet, est pris subitement vers le milieu de la nuit *uleur intense* au gros orteil, quelquefois aussi au talon, au gras de la la cheville du pied, où les veines sont considérablement gonflées. La qui ressemble à la dislocation des os des parties affectées, s'accompa- sentiment de froid glacial non sensible à la palpation, de tremblement, èvre légère. Cette douleur, qui a le caractère d'une tension violente, ıirement des ligaments ou d'une morsure, qui empêche la marche et · par le simple poids des couvertures, produit de l'agitation et de jusqu'à ce qu'une douce *moiteur*, un *gonflement* de la partie doulou- ec empâtement, rougeur sombre et diffuse) et le sommeil, en annon- ·nuation, ordinairement au bout de vingt-quatre heures. L'accès, dès diminué, se prolonge quelquefois encore pendant un ou deux jours, *:erbation le soir*, et se termine par l'émission d'*urines sédimenteuses* s *sueurs visqueuses* locales. Ces accès sont quelquefois suivis d'œdème, *ıngeaisons* et de *desquamation* localisés. Les *crampes* sont fré- ainsi que les symptômes d'une *dyspepsie flatulente.* Comme le fait re- Sydenham, ces accès se groupent pour constituer une véritable *attaque* ?, qui revient ordinairement l'année suivante, vers la même époque, et ement vers le printemps. Ces attaques durent un ou deux septénaires et gent quelquefois pendant un et même deux mois. Dans la goutte aiguë ·e, ce sont les extrémités supérieures qui sont atteintes.

tte *chronique* a, comme principaux caractères distinctifs, de succéder ›uvent à l'aiguë, car la ligne de démarcation entre l'une et l'autre est it arbitaire, comme l'a fait remarquer Garrod. On a dit que la goutte e se montrait fixée dans une ou plusieurs petites articulations, *sans ıussi intense* que la précédente, avec un *gonflement* constant et des *tions* articulaires qui déjettent et renversent les doigts en rendant leurs *ents très-douloureux* ou même impossibles. Mais il est évident que nfondu ici le rhumatisme goutteux, qui n'est qu'une forme particulière ; chronique combinée au rhumatisme, avec la goutte chronique propre- e qui se caractérise par des accès plus ou moins répétés de goutte et éformations des parties affectées, déformations dues principalement à *:rétions tophacées* composées surtout d'urates de soude et de chaux, et ›is enflamment et même *ulcèrent la peau* à leur niveau.

ıractères principaux de la goutte sont loin d'être les seuls symptômes de lie. Il en est beaucoup d'autres dont il faut tenir compte, mais que je rai dans ce qui va suivre.

ductions diagnostiques. — Lorsque la goutte est aiguë, le siége des ènes locaux, la douleur subite et plus ou moins vive qui survient la nuit u du gros orteil, la distension des veines qui l'entourent, le gonflement, ot l'ensemble des symptômes groupés qui constituent l'accès ou l'atta- t immédiatement reconnaître la maladie : il n'y a pas à s'y tromper. On me prévoir le retour d'une attaque, chez les sujets qui en ont déjà pré- ırsqu'ils éprouvent un malaise général, de l'insomnie, de l'anorexie, des ès, du fourmillement ou du prurit dans les membres, un refroidisse-

ment des extrémités, la turgescence des veines voisines de l'articulation le siége des phénomènes locaux et des crampes. W. Gairdner a signalé aus méfaction du foie sensible à la percussion, à la palpation et même par le dé ment de l'hypochondre, comme marquant le début des accès de goutte. Sc avait fait déjà cette remarque, dont la justesse a été confirmée par l'ob de Galtier-Boissière sur lui-même (*Thèse* de doctorat, 1859). Quoiqu gnostic soit en général facile à l'aide des signes locaux, il en est qui faire croire à une autre affection. Telle est par exemple la teinte pres que présente quelquefois le gros orteil atteint, et qui est due à une ext sanguine, ainsi que l'a signalé W. Gairdner (*On gout*, 1860). Cette noire, jointe à l'intensité des douleurs, pourrait, il me semble, être premier abord pour une gangrène embolique, surtout s'il existait d d'affection cardiaque. Il est vrai que l'existence d'accès antérieurs de permettra pas en pareil cas de persister dans cette erreur.

Le diagnostic n'offre pas de difficulté lorsque la goutte est chroniq fixée sur les petites articulations des pieds ou des mains, qu'elle a déf comme immobilisées, surtout lorsque le début a été marqué par de goutte aiguë, ce qui est le plus ordinaire. Les déformations, qui sont s diagnostic, sont de deux sortes : les unes dépendent des attitudes qu'adoptent instinctivement les malades, et de la rétraction spasmodiq bissent certains muscles; les autres sont la conséquence de ces dépô de soude situés dans le voisinage des jointures et désignés par le mot *tumeurs tophacées*. L'existence de ces dépôts constitue un signe patho que de la goutte, en ce sens que la vraie goutte est la seule maladie observe; aussi ces dépôts caractéristiques méritent-ils une étude pa

Fig. 78. — Urate de soude et d'ammoniaque (Robin).

La consistance d pôts varie beaucou tantôt mous, tantôt que la craie elle-m rod, qui fait cette signale comme fré petits amas blanchâ me crémeux, sur l' sujets atteints de go nique, et qui ne chose que des dé d'urate de soude. stance, additionnée ques gouttes d'acid et chauffée sur une porcelaine, prend, est à peu près de ensuite exposée à l' vapeurs d'ammonia *belle couleur pou* à la formation de (Liebig), ou purpu moniaque (Prout). incinérée, cette même matière présente les réactions de la soude, et s par refroidissement ou après évaporation, et exposée à la lumière laisse déposer des cristaux en aiguilles d'urate de soude, ordinairement

es arrondies ou en aigrettes, *fig.* 78. A l'état demi-solide, ces cristaux d'urate ude doivent être dissociés en ajoutant une goutte d'eau à la préparation et en ant légèrement sur le verre qui la recouvre. — Enfin la matière des dépôts s déposée dans l'épaisseur des tissus et solidifiée, est unie à des substances des et terreuses, qui obligent à la traiter par l'eau chaude, qui dissout l'urate ude. Ces tophus, outre l'urate de soude, contiennent en bien moindre abon- du chlorure de sodium, du carbonate d'ammoniaque et de l'urate de chaux. mi ces concrétions tophacées qui occupent différentes parties du corps, Charcot et Cornil ont signalées comme lésions microscopiques au niveau des (*Mém. de la Société de biol.*, 1863, t. V), Garrod signale les concrétions s de l'oreille externe, qui accompagnent ordinairement celles constatées autres parties. Chez un malade qui n'offrait qu'une concrétion goutteuse, istait à l'oreille; et chez un autre malade observé par Charcot, les concré- le l'oreille s'étaient montrées au moins un an avant l'apparition de la pre- attaque goutteuse articulaire (Fernet, *De la Diathèse urique*, *Th.* d'agrég., On comprend l'intérêt qu'a le praticien à connaître ces particularités lors- à rechercher l'existence de la goutte dans les manifestations de ce genre. dépôts d'urate de soude ne se forment donc pas seulement aux articu- , à leur pourtour, au niveau des cartilages, des tendons, des bourses ales, etc. Outre l'oreille, où ces dépôts sont remarquables, on en a : à la face palmaire de l'extrémité des doigts, sur les paupières, dans les ents de la face (Garrod), sur l'aile du nez (Barker), dans les corps caver- sur la sclérotique (Reynolds), et jusque dans la profondeur des tissus. es localisations de dépôts d'urate de soude sont rares, de même que celles t été signalées à la face interne des artères, dans l'aorte, dans des concré- le la valvule mitrale (Lancereaux). Les plus rares sont les dépôts que l'on ontrés dans les viscères, si toutefois on doit les considérer comme se rat- t à la goutte, car la chose a été considérée comme peu certaine, même auteurs qui ont rapporté les faits de ce genre.

a cru pendant longtemps que l'urine contenait un excès d'acide urique es goutteux. Garrod a démontré que leur urine tantôt en contenait moins urine normale, et tantôt que l'acide urique n'a jamais excédé la moyenne le, ou lui a été le plus souvent inférieure. Ce n'est qu'au moment de la issance des accès que la proportion d'acide urique augmente, et parfois dépasse la moyenne normale, de manière à produire ce qu'on appelle une *rge électrique* (Garrod, *ouv. cité*, p. 177).

tude des antécédents du malade fournira des données dont on tirera parti le diagnostic; outre les attaques antérieures, on constate comme con- s étiologiques l'*hérédité*, une *alimentation riche*, surtout animale, l'abus *alcooliques*, la *vie sédentaire*, une *constitution forte*. A propos des liques, il faut noter la remarque de plusieurs auteurs anglais, qui ont éta- ne démarcation profonde entre les boissons spiritueuses et les simples ons fermentées, ces dernières ayant une action très-active sur le développe- de la diathèse urique, tandis que les spiritueux très-riches en alcool (eau-de- hum, etc.) sont presque sans influence pour la production de cette diathèse. a marche antérieure des accidents que l'on observe peut aussi aider au ostic. L'enchaînement des accès, leurs exacerbations du soir, leur atténua- par le développement des lésions goutteuses locales, ne doivent pas être s de vue.

and la goutte n'est pas régulière, lorsqu'elle se montre d'abord au cou-de- u aux articulations des membres supérieurs, ce n'est que par les particu-

[illegible] différences [illegible] suffisamment [illegible]

[illegible]

[illegible] L'au[illegible] puis à l'[illegible] d'acide chl[illegible] forme de cris[illegible]

bulles de gaz. Quand le mélange est bien fait, on y plonge un ou deux fils tis d'un morceau de toile ouvrée non encore lavée, ou de tout autre tissu de u de simples brins de charpie (Charcot). Le vase est mis à l'écart jusqu'à e le sérum soit coagulé et presque sec. mps nécessaire pour que l'opération minée varie de 36 à 60 heures... Pour ue l'acide urique existe dans le sérum antité supérieure à 0gr,0016 pour 65 mes de sérum, cet acide se déposera sous de cristaux le long des fils, de manière peler la disposition bien connue du su-ndi. Vu au microscope (à 50 ou 60 dia-s) ou simplement avec une lentille, l'a-urique se présente sous forme de cris-homboédriques (*Voy.* Gravelle, *fig.* 80 dont les dimensions varient suivant la té de la dessiccation du sérum, et sui-quantité d'acide urique contenu dans g (Garrod, *ouv. cité*, p. 121). On agit de pour la sérosité d'un vésicatoire avec le on obtient des résultats identiques.

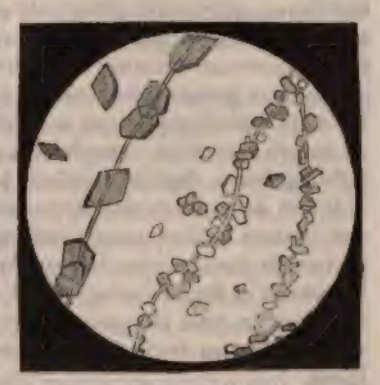


Fig. 79. — Cristaux d'acide urique provenant du sang d'un goutteux, et obtenu par le procédé du fil. Grossissement : 220 (Garrod, pl. v).

constatation de l'acide urique en excès, ainsi que l'a fait observer Garrod, pas propre à la goutte; car la diathèse urique se constate de la même re dans l'albuminurie chronique et dans certaines intoxications saturnines, i proviendrait de ce que l'élimination de l'acide urique par les reins étant uée, cet acide s'accumulerait dans le sang. C'est ce qui explique comment tte a pu coïncider avec l'intoxication saturnine, fréquemment suivant d, ce qui a été mis en doute; mais la coïncidence n'en est pas moins dans certains cas, ainsi que Bucquoy l'a observé (*Bull. de la Soc. méd. hôpit.*, 1868).

ude diagnostique de la goutte ne peut être limitée à ce qui précède; cette est rendue plus complexe, en effet, par les manifestations goutteuses que cru constater dans les organes autres que les petites articulations des ités. Ces manifestations, que l'on a qualifiées de *maladies goutteuses* et plusieurs ne doivent être admises qu'avec une certaine réserve, peuvent onsidérées comme des formes symptomatiques particulières, indépendam-des formes aiguë ou chronique, régulière ou irrégulière, de la goutte.

isagées isolément, ces affections locales ne diffèrent en rien de celles qui é observées en dehors de toute influence goutteuse; aussi serait-il impos-de songer à leur attribuer ce caractère diathésique en ne tenant compte que rs caractères propres. C'est sur leur coïncidence avec les phénomènes u moins légitimes de la goutte que l'on a dû se baser pour leur attribuer me origine. Or, les conditions principales sur lesquelles on s'est appuyé les suivantes : 1° Ces affections sont précédées, accompagnées ou suivies cidents locaux qui caractérisent les accès de goutte proprement dits. s avoir jamais ressenti ces accidents, le malade a des ascendants goutteux, n il a rendu plus ou moins fréquemment du sable par les urines.

conditions sont loin d'avoir une valeur égale. Si, en effet, on considère its avec la rigueur que l'on doit apporter à la solution de ces questions lexes, on ne doit rechercher les maladies goutteuses, non articulaires, que celles qui accompagnent, précèdent ou suivent les accès ou les attaques

de goutte franche. L'hérédité, la gravelle ne peuvent, en effet, que susci
soupçon de leur origine goutteuse, sans qu'il soit permis d'aller au de
risque de s'exposer à une grossière erreur. Quant aux accès articulaires
téristiques antérieurs, actuels ou consécutifs, comme preuves les plus pé
toires de la nature goutteuse des autres maladies observées, ils ne suffise
eux-mêmes pour trancher *toujours* la question; car admettre cette concor
comme une preuve sans réplique dans tous les cas, conduirait à considér
les états pathologiques qui se manifestent chez un sujet goutteux comm
de nature goutteuse : exagération contre laquelle ont protesté même d'
auteurs, Grant, Barthez l'ancien, par exemple.

Il faut donc, pour résoudre affirmativement la question, que l'on s'ap
des données suffisamment nombreuses, pour être concluantes, et puisé
seulement dans les symptômes, mais encore dans les antécédents et surto
la marche et dans l'enchaînement, ou l'enchevêtrement des phénomène
laires et de ceux éloignés des articulations. Hors de cette condition,
que soupçon ou doute sur la nature réelle des affections goutteuses non
laires.

Les auteurs anciens ont considéré comme de nature goutteuse un
nombre d'affections cutanées. Bazin a insisté sur leur légitimité, et les a
sous le nom d'ARTHRITIDES. Avant lui, on avait rattaché à la goutte les
l'*eczéma* et les *ulcères variqueux*, l'eczéma chronique des oreilles
extrémités inférieures (Musgrave, Ludwig), le *psoriasis* palmaire (Wil
psoriasis généralisé (Albert, Holland), le *prurigo* et le *prurit anal* (
Trastour), l'*érysipèle* (Lorry). Les *hémorrhoïdes* ont été signalées aussi
une manifestation de la goutte.

Barthez, à qui l'on doit un *Traité des maladies goutteuses* où il rés
opinions émises avant lui, a cherché à démontrer la légitimité des nom
affections qu'il a passées en revue, comme étant de nature goutteuse, m
y parvenir pour toutes. Il les a rattachées à une *cachexie goutteuse* (ou d
qui, lorsque les signes articulaires manquent absolument, est une pur
thèse.

On peut dire qu'il n'y a pas d'affection interne, aiguë ou chronique,
été mise au nombre des maladies goutteuses. Mais parmi toutes ces af
la gravelle et les troubles nerveux sont les moins hypothétiques. Pa
névralgies, la névralgie sciatique a été principalement rattachée à la
ainsi que des SPASMES divers, et les accès de VERTIGES, qui sont un des
mènes goutteux les moins contestés. Les *viscéralgies* goutteuses sont le
tions sur lesquelles on a le plus insisté. On les trouve décrites, se combina
elles, à propos de la goutte de l'estomac et des intestins.

Lorsque les phénomènes occupent ces derniers organes, selon Bar
diffèrent s'il y a débilité ou excitation. — S'il y a *faiblesse*, il survient
gastre une sensation de *constriction* et de *chaleur*, un sentiment de
qui peut s'étendre à la poitrine et à la tête; de la *dyspnée* avec *oppressi*
bâillements, des *idées tristes*, de la *céphalalgie*, des *vertiges*, et parfoi
des *défaillances* ou des *syncopes*, qui peuvent faire craindre une mo
daine. Quelquefois un *spasme de l'estomac* donne lieu à des *régurgi*
aqueuses s'accompagnant de crispation pénible. — Si, au lieu de la dél
y a prédominance de l'irritation de l'estomac et des intestins, ce sont d
dialgies et des *coliques vives*, auxquelles peut succéder une *affection i*
matoire de l'estomac et des intestins, qui donne lieu alors à des *vomiss*
à de la *diarrhée* et même à la *dysenterie*.

vé chez une dame goutteuse le premier groupe de ces phénomènes, s desquels sont apparues irrégulièrement aux extrémités : des doudes sensations de froid glacial, des sueurs passagères; enfin les pieds se sont desquamés. Ces signes incidents, joints à quelques antécéux vers un orteil et à l'hérédité, donnaient la démonstration de la euse des phénomènes nerveux.

ɔre considéré, comme affections goutteuses : du côté des reins, les *nur*, la *gravelle ;* vers les organes génitaux, certaines *douleurs* ou *ies utérines* et *écoulements* génitaux; du côté des organes respira- *ryza*, le *catarrhe bronchique*, le *catarrhe suffocant* (bronchite néralisée), la *pneumonie*, l'*œdème du poumon*, l'*asthme* et même *es pulmonaires;* vers la gorge, la *pharyngite*, le *spasme de l'œso-* ı, du côté de l'appareil nerveux, la *cephalalgie*, l'*apoplexie*, les le *trismus*, la *chorée*, l'*hystérie*, l'*épilepsie*, l'*hypochondrie ;* du ıe et de l'ouïe, des *ophthalmies*, de l'*amblyopie*, et même la *cata-*

affections si disparates, la gravelle mérite une place à part. Quant ations aiguës des viscères, ainsi que l'angine et l'érysipèle, on ne idérer avec Barthez l'existence d'un sédiment rouge dans l'urine ıractère essentiel et suffisant de leur nature goutteuse.

ıauquel est arrivée la maladie est loin d'être indifférent à considérer ıostic de la goutte franche. A force de se répéter, les attaques finistre plus séparées par des intervalles de santé parfaite. Les lésions leviennent permanentes, et il persiste une détérioration générale de ɔn assez mal définie et à laquelle on a donné la dénomination de *utteuse*. Les déformations articulaires et les concrétions tophacées, ·nt ou non des fistules cutanées, sont les lésions les plus irréfragaienneté de l'affection.

ırie accompagne fréquemment la goutte chronique (Garrod). On ne dérer comme de véritables *complications* les affections non articut été admises comme étant d'origine goutteuse, quoique ces affecnt avec les phénomènes goutteux des petites articulations. On doit 'il n'y a véritablement complication que dans les cas où, les doulaires diminuant ou cessant, il survient tout à coup des symptômes es organes internes, que l'on pense ou non qu'il y ait *métastase* ou ı de la goutte articulaire.

faits cités par les modernes semblent autoriser à admettre la réalité ;es goutteuses, mais on ne peut encore considérer la science comme ;ard. D'une part, en effet, beaucoup d'affections intercurrentes, conıme des exemples de goutte interne, ne diffèrent en rien, comme je haut, des affections semblables qui se développent indépendamment ɜ, telles sont l'*angine*, la *gastrite*, l'*entérite*, la *bronchite*, la , considérées comme goutteuses; d'un autre côté, si, depuis les proes de l'anatomie pathologique, on a pu recueillir des cas exceptionsquels des douleurs thoraciques avec dyspnée étaient survenues sans ns pussent expliquer la mort, on doit reconnaître avec Castelnau ce que l'on ait comparé la fréquence des accidents chez les goutart et chez les individus exempts de cette affection d'autre part, il ne ir de démonstration complète (*Arch. de méd.*, 1843, t. III). J'ai vu outteux succomber rapidement à une dyspnée, due manifestement à *ie du diaphagme,* que l'on n'a pas recherchée peut-être suffisam-

ment en pareille circonstance. Quoi qu'il en soit, le praticien n'oubliera que, si l'induction des faits est incertaine, les faits eux-mêmes d'accidents vers la poitrine, l'épigastre, etc., dont la gravité est incontestable, sont réels, et doivent être redoutés chez les goutteux.

3° *Pronostic.* — La goutte n'entraîne pas la mort, si ce n'est dans les dont il vient d'être question, et dans lesquels surviennent des accidents vers un organe interne. Une terminaison fatale est alors ordinaire. si les bles morbides se montrent immédiatement après la disparition rapide d' dents goutteux péri-articulaires.

GRAISSE. — La graisse, infiltrée en abondance dans la trame de la part des organes, constitue l'OBÉSITÉ. Comme terme de transformation mor elle caractérise pour certains organes une régression nutritive, lésion plus moins grave qui a été étudiée dans les derniers temps (*Voy.* TRANSFORMA GRAISSEUSE). Enfin la présence de la graisse dans les liquides de l'écon où elle est émulsionnée par des alcalins, donne à ces liquides un aspect châtre et lactescent qui a motivé les interprétations les plus erronées (SANG, URINE).

GRANULATIONS. — On constate sur les muqueuses accessibles à la comme la conjonctive oculaire, la muqueuse du pharynx, et celle du vagi du col de l'utérus, des saillies granulées ou granulations qui résultent de flammation aiguë ou chronique des follicules mucipares (*Voy.* PHARYNGI MÉTRITE, VAGINITE). On a donné le même nom de granulations à des élé microscopiques variés que je n'ai pas à décrire ici, et à une lésion anato admise et rejetée tour à tour comme premier germe du tubercule. Il sera tion de cette dernière lésion au mot TUBERCULES.

GRANULEUSE (Respiration). — J'ai désigné par ces mots un respiratoire anomal dû à la succession de petites saccades douces et irréguli dont la sensation acoustique peut être comparée à la sensation tactile pro entre les doigts par le glissement des grains d'un chapelet. Il me semble la pénétration difficile de l'air dans les conduits aériens. Fugace ou persita bruit anomal est moins irrégulier, plus profond, plus doux que le bruit de tement, et il ne se montre pas, comme lui, dans la convalescence. Il se disti d'un râle sous-crépitant obscur : 1° par son caractère manifeste de sécher 2° par la persistance de ses caractères après la toux.

J'ai signalé cette respiration anomale dans la *congestion pulmonaire* (*A de méd.*, 1854, t. III); mais elle n'en est pas un signe pathognomonique, qu'on la retrouve dans l'*emphysème* du poumon, la *pleurésie*, la *phthisie*. fondue précédemment avec le râle sous-crépitant ou avec un bruit de frott pleural, la respiration granuleuse constitue une variété de la rudesse du respiratoire, et sans doute du *râle crépitant sec à grosses bulles* de Laen

GRANULIE. — Dans un ouvrage fait avec soin, Empis a décrit, so nom de granulie, ou *maladie granuleuse*, une maladie aiguë fébrile, ayant lésions la production de granulations transparentes au niveau des méninges, poumons, de la plèvre et du péritoine, et, pour manifestations symptomati des phénomènes morbides annonçant une maladie intra-crânienne, thorac ou abdominale. C'est ce que les auteurs ont décrit avant Empis sous les no *phthisie pulmonaire aiguë*, de *méningite*, de *péritonite tuberculeuses*. C a empêché Empis d'adopter cette manière de voir, en la remplaçant par la cription d'une maladie nouvelle (*De la Granulie ou maladie granuleuse*, 1 c'est que, pour lui, les granulations dites tuberculeuses sont essentielle distinctes du tubercule, et le produit d'une inflammation spécifique produ

granulations spéciales. Le nœud de la question est dans la nature de ces ulations, qui sont ou ne sont pas des tubercules en germe; car, de l'aveu ipis, la fièvre de sa granulie n'a rien de spécial par elle-même, et ne se térise que par les manifestations locales vers la tête, la poitrine ou l'abdo- manifestations déjà connues et décrites. Or, si les premières recherches nicrographes ont pu prêter un point d'appui aux opinions du savant auteur granulie, des recherches ultérieures plus complètes ont trop positivement l'identité des granulations en question et du tubercule, comme on peut le u mot TUBERCULES, pour que l'on puisse, à notre avis, se ranger à l'opi- le notre collègue. Son livre sur la granulie n'en reste pas moins comme mant la meilleure description qui ait été faite de l'état fébrile aigu qui e l'invasion du tubercule granuleux dans les trois cavités splanchniques, a été trop fréquemment méconnu, parce qu'il n'est souvent que tempo- *Voy.* TUBERCULES et PHTHISIE AIGUE).

AVELLE. — La gravelle est caractérisée par la formation dans les reins, pulsion plus ou moins facile par les conduits urinaires, de concrétions s sous forme de sable et de granulations ou graviers d'un volume variable, ermettant toujours leur passage dans l'uretère.

léments du diagnostic. — Les symptômes varient suivant le volume des tions observées dans l'urine. Lorsque ces concrétions sortent avec l'urine orme de sable cristallisé ou amorphe, ou lorsque leur cristallisation n'a lieu r le refroidissement de l'urine, les symptômes sont nuls, ou il y a simple- ne sensation de *gêne* ou une *douleur sourde* dans les régions rénales. certains moments, des graviers trop volumineux pour pouvoir facilement ner dans les uretères se trouvent engagés et arrêtés momentanément dans nduits, d'où peuvent résulter l'*hématurie*, des *coliques néphrétiques*, *ie*, la *distension de l'uretère* par l'urine et même la *pyélite*, qui sont de complications. Le gravier agit alors comme un véritable calcul. Sui- état dans lequel se trouvent les organes urinaires, l'*urine* peut contenir g, du pus, du mucus, ou de l'albumine, qui lui donnent des caractères riables. Elle est acide ou alcaline, suivant la nature chimique des gra- dont je m'occuperai plus loin à propos des formes diverses de la gravelle.

ductions diagnostiques. — La présence du sable et des graviers dans , lorsqu'ils ne proviennent pas de l'écrasement d'une pierre dans la , est le signe pathognomonique de la gravelle. Mais avant tout il faut dre une question importante : celle de savoir si l'on a affaire à un simple ent urinaire, ou bien à une gravelle réelle. On doit admettre qu'il a simple ent lorsque l'urine est rendue *sans dépôt solide immédiat*, et si le dissement est nécessaire pour que le sable adhérent aux parois du vase ou diment cristallisé se forment. Il n'y a véritablement gravelle que lorsque tie de l'urine et des grains de sable provenant tout formés des reins a lieu ltanément (Civiale). Le bruit de la chute de graviers sur les parois du vase oment de la miction est un signe pathognomonique, mais très-rare, de la lle.

gravelle étant évidente, il faut compléter le diagnostic en établissant rd quelle est sa *forme* ou son *espèce*, suivant les caractères physiques et iques de l'urine et surtout des concrétions. A ce dernier point de vue, elle a ite *urique, phosphatique, oxalique, cystique*, et désignée, dans ces dif- ts cas, par les expressions de gravelle *rouge, grise, blanche* ou *jaune*.

— Les graviers d'*acide urique* sont de beaucoup les plus communs. On nait qu'ils se sont formés dans les reins avant l'émission de l'urine, lors-

qu'ils *occupent le fond du vase*, tandis que l'acide urique cristallisé a certain repos se montre *sur les bords supérieurs du liquide*.

L'urine, suivant la remarque de Rayer, est *constamment acide* da forme de gravelle; elle devient louche lorsque, après l'avoir filtrée, on par l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique. concrétion minées à montrent sous forme *dre amor* souvent s de *prisme boidaux.* viers so *rouge* j mais cette (d'où le gravelle rouge) est due à une matière colorante de nature encore i Examinés au microscope, on leur reconnaît les caractères variés d urique, qui affecte les formes différentes que nous montrent les figures 8



Fig. 80. — Acide urique (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. XI et XII).

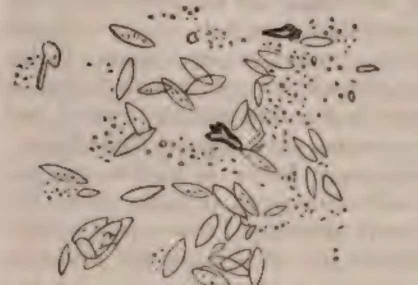


Fig. 81. — Acide urique.— Cristaux rhomboédriques à angles mousses (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. XIII, fig. 2).

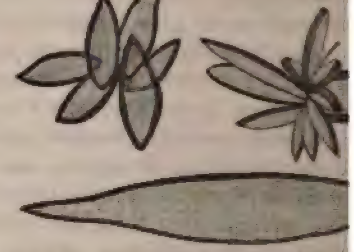


Fig. 82. — Acide urique. — Grands rho ques à angles mousses (Robin et Verdeil, *tomique*, pl. XVI, fig. 3).

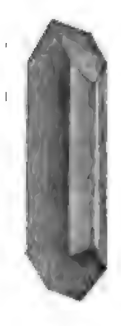
et 83. Ces concrétions d'acide urique se dissolvent dans les *alcalis* et da *nitrique* avec effervescence; exposées à un feu vif, *elles sont entièremen mées*, caractère très-important de la gravelle urique. L'urate d'ammonia forme de poudre amor dissous dans l'acide dilué, donne un préc cide urique cristallisé distingue cet urate d phates qui se dissolven ment dans le même liq

b. — Lorsque la gr *phosphatique*, l'urine che et *alcaline* au m son émission, et elle cit par l'addition de l'acide nitrique. — Les graviers sont ici de deux 1° ceux de *phosphate ammoniaco-magnésien* qui se montrent au mi *fig.* 84, 85 et 86, sous des aspects différents, comme l'acide uriq



Fig. 83. — Acide urique hydraté (Robin et Verdeil, pl. XVI, fig. 2).

ınt le plus souvent *très-friables*, *gris* avant de lavage (gravelle grise) étant lavés; 2° ceux de *phosphate de chaux*, qui ont une couleur l'où le nom de gravelle blanche, donné aussi aux graviers de *carbo-ıaux*, et qui sont également très-friables et se dissolvent avec efferves-ıs les aci-ıremiers de ers, ceux de phos-oniaco-ma-ınt de beau-plus fré-



ismes obliques e de magnésie 'erdeil, *Chimie*

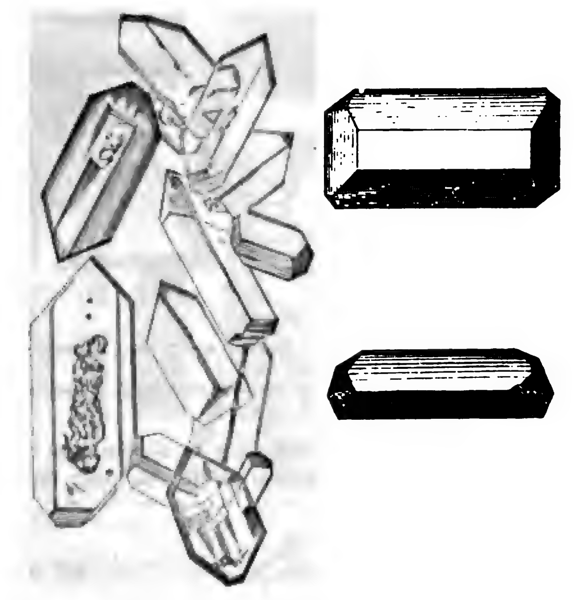


Fig. 85. — Phospate ammoniaco-magnésien. — Cristaux prismatiques communs (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*).

verdissent le sirop de violette, ont une saveur *salée*, donnent de ıque par leur trituration avec la *potasse ou la soude*, et *noir-r* les charbons ardents, en répan-ıdeur ammoniacale. Les graviers ıde espèce (phosphates de chaux) rares, ainsi que les concrétions ıtres sels de chaux; ils présentent s d'intérêt. Les figures 87 et 88, urs caractères microscopiques.

termes de *gravelle jaune* sont don-dont les graviers sont généralement ıe *brun*, quelquefois d'un *brun* et composés d'*oxalate de chaux*. e, vu au microscope, affecte des ırses, comme la plupart des autres les concrétions de la gravelle, ainsi ıit aux figures 89, 90 et 91. Ces raviers ont pour caractère d'aban-ide oxalique lorsqu'on les chauffe ı chalumeau, qui les boursoufle ıge en une *poudre blanche* alcaline, qui n'est autre chose que de la ..



Fig. 86. — Phosphate ammoniaco-magnésien. — Cristallisation en feuilles de fougère (Robin et Verdeil, pl. VIII, fig. 2).

ı gravelle dite *cystique* doit son nom à la cystine qui en forme les

concrétions. Les cristaux de cystine, vus au miscroscope, *fig.* 92, forment des p lettes, des lamelles et des prismes hexagonaux en masses variées. Selon F

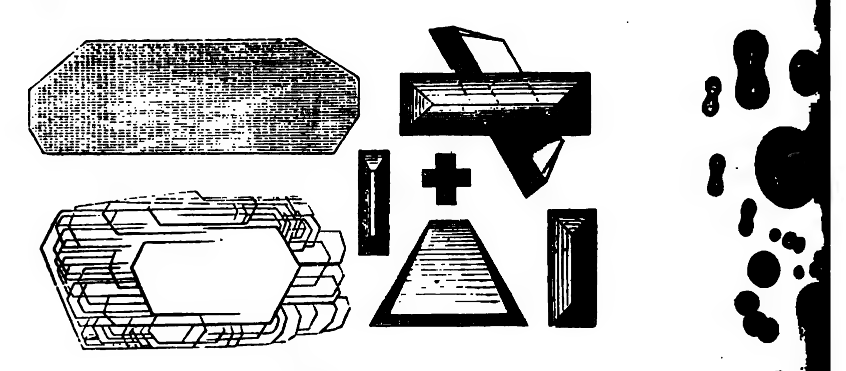


Fig. 87. *Fig.*

Fig. 87. — Hemi-octaèdres et lamelles superposées. Phosphate acide de chaux (Robin et *Chimie anatomique*, pl. III, fig. 1).
Fig. 88. — Carbonate de chaux, formes se rencontrant quelquefois dans les urines alcalines d'h d'enfants (Robin et Verdeil, pl. III, fig. 2).

(*Thèse* de Paris, 1859), la cystine se dépose dans l'urine en cristaux ou gra dès qu'elle se forme, attendu qu'elle ne peut être dissoute dans l'urine. C

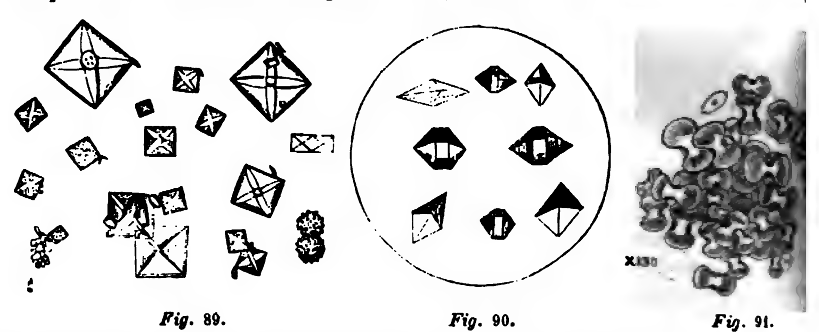


Fig. 89. *Fig.* 90. *Fig.* 91.

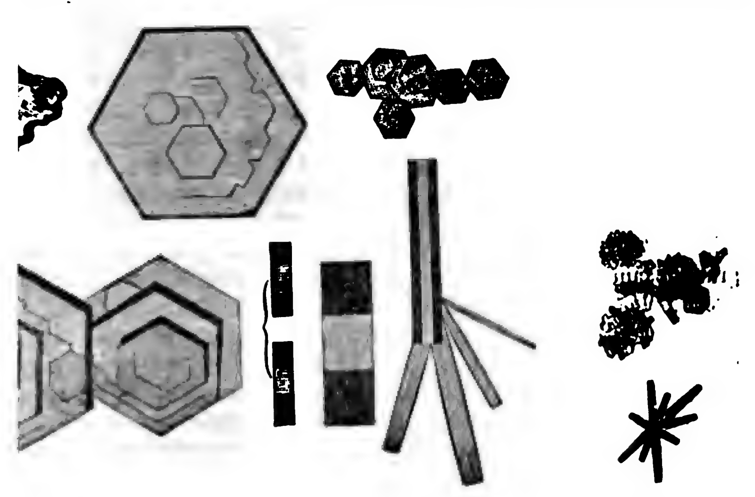
Fig. 89. — Oxalate de chaux en forme d'enveloppes de lettres (Robin et Verdeil, pl. VI, fig. 3).
Fig. 90. — Cristaux d'oxalate de chaux en losange (Golding-Bird).
Fig. 91. — Petite agglomération de cristaux en sablier, d'oxalate de chaux (Beale, pl. XXIV, fig. 1

un corps insoluble à la fois dans l'eau, l'alcool et l'éther, et soluble dans l' moniaque ou les acides minéraux ; par la chaleur, elle dégage des produits moniacaux ; elle brûle à l'air en répandant une odeur alliacée. Les concré qu'elle peut composer seule ou associée à d'autres substances ont une su hérissée, sans couches concentriques.

Ces distinctions sont essentielles à établir lorsqu'il s'agit de la gravelle, seulement pour ne pas être dupe de la supercherie de certains individus simulent cette maladie (*Voy.* Simulation), mais encore pour déterminer taines causes de la gravelle et en instituer le traitement.

La recherche de la *cause* de la gravelle est, en effet, indispensable ; elle est souvent difficile à déterminer. On a signalé comme données étiol ques : l'*âge adulte* et la *vieillesse*, une *vie sédentaire* et aisée, une *alim tation succulente* ou *azotée*, dont Magendie a cependant exagéré l'influe la *diathèse goutteuse*, que l'on a souvent le tort de diagnostiquer à la s

de la gravelle urique; l'usage d'aliments contenant de l'*acide* oseille) et produisant la gravelle jaune; enfin l'*hérédité* (?). Nous peler que la gravelle dite oxalique n'est pas due exclusivement à



— Paillettes, lamelles et prismes hexagonaux de cystine (Robin et Verdoil, pl. xxxiii).

Fig. 93.— Les mêmes en agglomération.

n, comme on l'a cru d'abord, mais que l'acide oxalique a une plexe, et qu'il est un produit de dédoublement des matières ter- médiaire à leur transformation ultime en acide carbonique et en eau rdel, *Bulletin de thérapeut.*, 1865).

marche de la gravelle, qui est ordinairement intermittente, mais ette marche est rendue très-variable par le volume différent des , les variations du régime, les conditions hygiéniques, et surtout par ou la gravité des accidents concomitants ou des *complications* cal- e j'ai rappelées plus haut.

stic. — Ces complications seules peuvent donner de la gravité au

E. — On désigne ainsi une maladie aiguë caractérisée par des sym- iles plus ou moins intenses, avec des manifestations congestives ou res vers les organes de la respiration, du système nerveux et des estifs, sans qu'il y ait toujours concordance entre l'intensité de ces ns et celle de l'état fébrile. La grippe se montre épidémiquement nière simultanée dans des contrées nombreuses et éloignées, sous l'une cause encore inconnue.

nts du diagnostic. — De la *sensibilité au froid*, du *malaise*, de une *céphalalgie* plus ou moins gravative, un *abattement* pro- ncent ordinairement l'invasion de la maladie, qui est caractérisée ptômes suivants : *chaleur* élevée assez souvent halitueuse, *pouls* gulier, parfois *lipothymies, céphalalgie* intense, *vertiges, bour- s d'oreille*, et même *délire;* brisement des membres et *prostration trême; sommeil* très-agité, *face* rouge, animée, anxieuse, *yeux* larmoyants, éternuments et signes d'un *coryza* quelquefois très- *istaxis* fréquentes; peu après le coryza, léger mal de *gorge* avec gonflement plus ou moins prononcé de l'isthme du gosier et du

pharynx, *toux*, et *bronchite* plus ou moins intense qui offre ceci de re quable que les signes stéthoscopiques sont à peine caractérisés, ou bien si *congestion pulmonaire* qui peut s'accompagner d'une *dyspnée* considé chez certains sujets; *anorexie complète*, *bouche* pâteuse, *langue* bl soif médiocre, *constipation*, rarement *colique* et *diarrhée*, parfois aussi vo *sements*.

2° *Inductions diagnostiques*. — En présence de cet ensemble de s ptômes, la constatation de l'existence de la grippe ne peut offrir de diffic même dès le début d'une épidémie, dont l'existence connue facilite nécess ment encore le diagnostic. L'intensité des symptômes généraux jointe aux dents catarrhaux, et le peu d'importance des signes fournis par l'auscul forment un contraste qui ne permet pas le doute. Il en est de même da faits contraires où les phénomènes respiratoires prennent une intensité grande, tandis que la fièvre du début disparaît rapidement. La maladie se proche alors de la congestion idiopathique du poumon que j'ai décrite. La dominance d'autres symptômes pourrait détourner l'attention de l'obser des signes principaux; c'est ainsi que les lipothymies, les douleurs des bres, les symptômes abdominaux, pourraient faire croire à une affectio grave : à un rhumatisme, à une entérite, ou même à une affection ty Cette prédominance a fait admettre par quelques auteurs des formes *sync rhumatismale*, *abdominale*. Des *complications* dont la gravité est peuvent d'ailleurs se montrer dans certaines épidémies. C'est ainsi qu'en l'épidémie qui régna à Paris se compliqua de pneumonies dont quelque s'accompagnèrent de concrétions diphthériques des bronches (Nonat, *Ar méd.*, 1837, t. II).

3° *Pronostic*. — La grippe se termine ordinairement en quelques par la guérison; mais la convalescence en est ordinairement très-longue forces reviennent lentement. Les complications seules donnent de la grav maladie.

GROSSESSE. — Les questions de diagnostic que soulève l'existenc grossesse sont très-différentes lorsqu'elle est normale (intra-utérine), o extra-utérine.

I. Grossesse normale.

Reconnaître la grossesse lorsqu'elle existe, constater les affections compliquent et l'influence que ces maladies exercent sur elle, et enfi porter à la grossesse les changements qu'elle-même provoque dans les dies concomitantes : telles sont les trois questions de diagnostic que examiner.

A. — *Reconnaître l'existence de la grossesse* est un problème bie rent suivant la période à laquelle elle est arrivée, car ses signes pat moniques, le *ballottement*, les *mouvements* du fœtus et les *doubles ments* de son cœur, ne se montrent qu'à une époque déjà avancée; ju les difficultés diagnostiques sont nombreuses.

A la première période, c'est-à-dire pendant environ les deux premiers m grossesse s'accompagne de *signes rationnels*, sans qu'un seul, considéré soit probant; ces signes, mêmes réunis, ne peuvent que faire soupç grossesse. Ce sont : un *arrêt dans le retour des règles*, jusque-là rég les troubles de la digestion ou les bizarreries de l'*appétit;* les *vomiss* parfois rebelles; les *sensations particulières* de chaleur ou autres re par la femme à l'hypogastre; puis l'altération sensible des *traits*, la cence des *mamelles*, l'élargissement avec teinte plus foncée des *ma*

'abaissement du *col utérin*, qui est plus mou et plus volumineux. Le çon de l'existence de la grossesse dans les cas d'aménorrhée doit d'ailleurs r toujours à l'esprit du médecin; et, si l'ensemble des phénomènes conconts ne vient pas à l'appui de cette présomption, il faut éviter de se proer immédiatement, et attendre la marche ultérieure des phénomènes. est de même si, peu après une époque menstruelle, une jeune femme ave des signes rationnels de grossesse; le défaut des menstrues à l'époque ante vient alors augmenter les probabilités de la grossesse. Cette réserve, ue l'on peut soupçonner le gestation vers son début, est d'autant plus ssaire qu'elle fait éviter des explorations intra-utérines qui auraient rtement pour conséquence, comme cela est arrivé à des praticiens mmandables. Ainsi, savoir attendre est un précepte important en pareil

'st à tort que Jos. Beccaria a considéré comme un signe pathognomonique ı grossesse la présence d'une douleur pulsative très-vive bornée à la n du *cervelet* (*Ann. univers. di med.*, 1830), et qui n'était probable- autre chose qu'une névralgie occipitale. La présence de la KYESTEÏNE *l'urine* est un autre signe de grossesse qui n'a pas plus de valeur, ue Lethley (*Edinb. med. and surg. journ.*, 1842) l'ait constatée is sur 50, attendu que cette particularité, de même que la précédente, se ive hors de la gestation. On peut en dire autant de la *coloration lie de le la muqueuse vaginale*, signalée par Jacquemin (*Arch. de méd.*, 1842, II, p. 240), et que Buchheister a retrouvée chez les femmes peu avant les s, et chez une malade présentant les signes rationnels de la grossesse, affectée seulement d'une tumeur de l'ovaire. Mattei, dans une communiı faite à l'Académie de médecine (juin 1866), indique un moyen plus f de reconnaître la grossesse *avant le quatrième mois*, et même *dès la s premier*. Se fondant sur ce principe que l'utérus ne peut être gravide augmenter de volume, et sur ce fait important que l'utérus est alors ı fois sur cinq en antéversion, une fois sur cinq ou six en rétroversion, et ent dans la position droite, il considère le palper hypogastrique combiné ucher vaginal comme fournissant fréquemment alors des signes de gros. C'est ainsi que dans l'antéversion, par exemple, il peut constater que le ı utérin est de niveau avec les pubis dès la fin du premier mois et même ı, à plus forte raison plus tard. Cette constatation est un peu plus tardive e l'utérus reste droit et dans la rétroversion; et, dans ce dernier cas e, le diagnostic pourrait être porté dès le troisième mois (*Bulletin de d. de méd.*, 1866, n° 19). Ainsi que la remarque en a été faite, on ne ı poser comme règle ces résultats du toucher et de la palpation combinés, ts qui n'indiquent d'ailleurs qu'une augmentation de volume de l'utérus, ı faire connaître la cause spéciale. Chez certaines femmes, l'utérus peut r de volume à l'époque des règles; et, dans un cas de ce genre, Cazeaux croire à un commencement de grossesse qui n'existait pas. Le dévelopt de l'utérus gravide offre cependant quelque chose de spécial facile à er, suivant Depaul, pendant les premiers mois. C'est que le segment r et inférieur de l'organe se développe *avant* ses autres portions; que, si par le toucher on contourne le col, la face postérieure de ce col s courte que l'antérieure, et que le doigt arrive immédiatement sur s de l'utérus (*Union méd.*, 1866). C'est là un signe excellent dont on tirer parti. Barnes a signalé aussi comme signe de grossesse au début chement particulier du tissu connectif unissant le col utérin à la base

de la vessie, et donnant au toucher une sensation douce et élastique à antérieure du vagin.

D'autres difficultés surgissent lorsque du développement de l'utér produit de la conception résulte une *tumeur hypogastrique*. Cett est de niveau avec le pubis dès la fin du troisième mois, et peut sentie à la palpation chez les femmes dont les parois abdominales ol certaine laxité par suite de grossesses antérieures. Mais c'est surtou cours du quatrième mois que l'utérus forme une tumeur globuleuse au-dessus du pubis, où il se développe plus rapidement vers l'ombili mois suivant (le cinquième). Le diagnostic varie alors suivant que ou non obtenir les signes du BALLOTTEMENT et ceux fournis par l'au des mouvements du fœtus et des battements de son cœur (*Voy.* UTÉRUS). ces signes existent, il est sûr que la grossesse est réelle ; s'ils manq qui a lieu fréquemment au début du quatrième mois (Depaul, *Traité d obstétric.*, p. 245), il faut discuter et rechercher la nature et le si tumeur hypogastrique (*Voy.* TUMEURS).

Après le cinquième mois, la grossesse devient des plus évidentes. du sixième, lorsque le fond de l'utérus est au niveau de l'ombilic, tion de la main froide sur l'abdomen suffit souvent pour provoquer le ments du fœtus.

Le diagnostic de la grossesse est influencé par deux conditions d qui peuvent se présenter du côté de la femme, et qu'il est indispen rappeler. Ou bien la femme avoue avoir éprouvé jusque-là, et à par époque qui peut se rapporter au début présumé de la grossesse, le mènes rationnels de la gestation commençante qu'elle rappelle e d'elle-même ou sur l'interrogatoire du médecin; ou bien elle rejette comme offensante pour sa personne, toute supposition de grossesse. premier cas, il faut se tenir sur ses gardes pour ne pas croire à une qui n'existe pas. Les signes rationnels du début sont, en effet, loi pathognomoniques, car on les a vus se manifester au début des tu l'ovaire (Cazeaux, *Thèse* de concours, 1844). Dans le second cas, négation de la grossesse par la femme, il faut, à son insu, diriger avec l'idée de la possibilité d'une grossesse, que les protestations n pas faire abandonner.

C'est dans les faits de cette dernière catégorie que l'on se trouve sence des plus grandes difficultés de diagnostic, jusqu'à ce que l'o constater les signes pathognomoniques rappelés plus haut.

Il ne faut pas se dissimuler pourtant que ces trois signes pathognom ballottement, mouvements du fœtus et doubles battements cardiaques l'auscultation, ne sont pas toujours accusés distinctement. Il est des chez lesquelles un embonpoint prononcé empêche d'atteindre facile col utérin, trop haut situé pour se prêter au ballottement, tandis que seur considérable des parois abdominales s'oppose jusqu'à un certain la recherche des deux autres signes. Ces signes ne sont pas d'ailleurs faciles à constater qu'ils soient univoques dans tous les cas. Cazeaux qu'il a toujours trouvé les doubles battements du cœur du fœtus, à sixième mois de la grossesse; mais il rappelle en même temps que observateurs spéciaux nient que cela soit possible dans tous les cas. dans la constatation des doubles bruits du cœur du fœtus, il faut prendr ne pas considérer comme tels les battements accélérés du cœur de ropageant vers l'abdomen. On évitera l'erreur en comparant la fré

battements perçus à la région précordiale ou au niveau du pouls de la femme des battements du fœtus, qui sont toujours beaucoup plus multipliés à 150 par minute). Nœgele fait avec raison remarquer que les bruits du du fœtus mettent l'existence de la grossesse hors de doute quand ils sont tés par une personne exercée. C'est un signe qui ne peut être ni simulé simulé, et une personne expérimentée perçoit les battements redoublés fœtal chez toute femme enceinte bien portante qui porte un enfant , quand la constatation se fait dans la seconde moitié de la grossesse té d'accouch., par Nœgele et Greuser).

antécédents, l'ensemble, la marche et l'enchaînement régulier des mènes auront une grande valeur dans ces cas difficiles, qui sont d'ail- exceptionnels dans le dernier tiers de la grossesse.

sque la grossesse a été méconnue, soit par suite d'erreur presque inévi- soit par un défaut d'examen résultant d'un excès de confiance dans les mensongers de la femme, il arrive qu'aux différentes époques de la gros- , un avortement ou un accouchement imprévu viennent désabuser le in. Les exemples de ce genre sont loin d'être rares.

— Parmi les *maladies qui compliquent la grossesse ou qui surviennent son cours*, il y a d'abord les *tumeurs* qui se sont développées dans l'inté- du bassin, et dont la présence peut ou non influer sur la marche de l'ac- ment. Des corps fibreux de l'utérus, des kystes de l'ovaire, un cancer du rin, des kystes hydatiques, etc., ont été observés en coïncidence avec la se. Des complications moins graves sont celles qui résultent de la com- mécanique des nerfs et des vaisseaux des extrémités inférieures par développé. Cette compression explique les *douleurs sciatiques*, les *rdissements*, l'*œdème* non albuminurique et les *varices* que l'on voit pendant la gestation aux membres inférieurs.

tre effet plus grave de la grossesse dû encore à une cause mécanique, i qui résulte de l'*enclavement de l'utérus* gravide en rétroversion dans avité du sacrum, et qui produit des *vomissements incoercibles*. Ces ments peuvent être suivis de mort, à moins qu'on ne les fasse immédia- cesser par le dégagement mécanique de l'organe (Briau, *Gaz. hebdom.*, Ils se distinguent des vomissements qui se montrent au début de la gros- en ce qu'ils surviennent seulement dans son cours.

tres affections ont été considérées comme des conséquences de la gros- — L'*hypertrophie du cœur* a été admise par Larcher comme un effet de la gestation (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIII). — Avec Désormeaux, on mps considéré la *pléthore* comme constante chez les femmes enceintes, comme la cause presque unique de leurs maladies; on a pensé que éthore pouvait expliquer l'hémorrhagie cérébrale que l'on a vue survenir fois chez les femmes grosses d'un âge déjà avancé (Ménière, *Arch. de* 1828). Mais les recherches plus récentes de Cazeaux (*Arch. de méd.*, XXII) ont démontré que le plus souvent, loin d'attribuer à la pléthore les es observés, on doit les rattacher à l'*anémie*. — J. Simpson a signalé *trophie et le ramollissement de la rate* comme très-fréquents dans la , et pour preuves à l'appui il a cité à la Société obstétricale d'Edim- 866) six cas de rupture de la rate, tous mortels, survenus pendant ou couchement. Whitney (*Boston méd., and. surg. journ.*, 1867) a rap- i un cas de mort rapide par rupture de la rate ramollie dans un cas se. Ces faits sont utiles à connaître; mais l'hypertrophie de la rate n'est à constater dans la grossesse avancée, et d'ailleurs, dans le fait de

Whitney, la rate fut trouvée à peine augmentée de volume. S'il existait touj dans les faits de grossesse de ce genre, des globules blancs en grand nombre d le sang, comme Simpson dit l'avoir trouvé, la leucocythémie constatée dev elle être considérée comme un signe indirect de lésion de la rate? On doi douter.

L'*anasarque* qui survient pendant la grossesse, de même que l'éclampsie, toute autre lésion du système nerveux avec ou sans œdème. suivant Simp telles que des paralysies locales, des névralgies des extrémités, des tro fonctionnels de la vue (amaurose) ou de l'ouïe, l'hémiplégie ou la parap plus ou moins développées, doivent faire penser à l'albuminurie et à examine urines (*Monthly Journ. of méd.*, 1847). On sait que les convulsions écl ptiques sont surtout à redouter soit au moment de la délivrance, soit pend grossesse, et principalement vers la fin; il est donc nécessaire de ne pas mé naître l'albuminurie lorsqu'elle existe. — On a vu la glycosurie survenir pendant la gestation et disparaître après l'accouchement (Bennewitz), com fait le plus souvent l'albuminurie, et j'ai rappelé ailleurs que la présenc sucre dans l'urine des femmes enceintes avait même été considérée comm bituelle par Blot; mais ce dernier fait a été contesté (*Voy.* GLYCOSURIE, p.

Une complication de la grossesse, dont la connaissance est indispensabl praticien, est celle des *végétations* qui se développent sur les parties géni par le fait seul de la gestation. Cette lésion a donné lieu aux suppositio plus fausses pour la femme ou pour le mari, puisque l'on a pu croire à l' tence de végétations syphilitiques. Cullerier (*Dict.* en 60 vol.) a signalé affection trompeuse comme le résultat de la pression de la tête de l'enfant fait dilater les veines et végéter le système vasculaire. Boys de Loury et Cos (*Gaz. méd.*, 1847) ont publié sur ce sujet un Mémoire intéressant, dans l ils ont signalé comme la seule espèce de végétation résultant de la grossess végétations rouges, saignantes, globulaires, peu saillantes, à pédicules sé Mais ces végétations n'ont pas paru à Thibierge (*Arch. de méd.*, 1856) di de celles qui se développent sur les parties génitales de la femme sous l'infl des écoulements vaginaux et utérins, de la malpropreté, etc. Il admet qu'il pas rare de rencontrer des végétations non syphilitiques chez les femmes tées de vaginite et de catarrhe utérin. La disparition des végétations par l de l'accouchement est un fait ultérieur qui a confirmé leur nature bénigne.

Peut-on considérer la grossesse comme favorisant le développement phthisie pulmonaire? Si l'on n'a égard qu'à l'influence indirecte de la gro sur la tuberculisation, l'affirmation n'est pas douteuse. Caresme, qui a étudié soin cette influence, a trouvé que la gestation n'a agi sur l'évolution tub leuse que chez les sujets offrant une prédisposition héréditaire, et que action a d'abord déterminé des phénomènes chloro-anémiques prémonit avant de faire naître la phthisie (*Thèse* de doctorat, 1866).

Quelle est l'influence que peuvent exercer sur la grossesse les maladie tercurrentes? En dehors de celles dont il vient d'être question, un c nombre d'affections ont pour conséquence l'*avortement* ou l'*accouchement maturé*. En première ligne sous ce rapport se place la *pneumonie*, dont fluence abortive est des mieux démontrées, puisque Grisolle l'a constatée fois sur douze. On a fait jouer en pareille circonstance un rôle très-acti toux quinteuse et répétée, mais son influence est loin d'être aussi co qu'on l'a dit, puisque l'on a vu des exemples de toux violente et persistan temps, chez certaines femmes grosses, sans déterminer cet effet. On peut qu'une parturition hâtive est, en général, la conséquence de toute maladie

atteint profondément l'économie. C'est ce que l'on a observé dans le choléra, ...re typhoïde, les fièvres éruptives, sans que toutefois on doive considérer ... comme constant, sauf, paraîtrait-il, dans l'ictère grave (Ozanam). La ...le produirait une parturition hâtive dès le début ou à l époque de la fièvre ...daire, dans les cas de confluence de l'éruption; mais ici encore la chose ... pas constante : j'en ai eu la preuve dans un fait de variole confluente sans ...ement, malgré l'état avancé de la grossesse. On a remarqué depuis long-... que l'enfant pouvait quelquefois être atteint de variole dans le sein de sa ..., sans qu'elle-même en fût affectée.

...mi les maladies chroniques, la *syphilis* est considérée aussi comme une ... d'avortement ou d'accouchement prématuré. Cependant Huguier, dans un ... communiqué à l'Académie de médecine en 1840, attribue l'avortement ...les femmes vérolées plutôt à l'usage des mercuriaux qu'à la syphilis elle-...e. Les conséquences funestes de l'*intoxication saturnine* sur l'enfant et ...ite sur la terminaison de la grossesse, sont hors de toute contestation, ...s les consciencieuses recherches publiées par Constantin Paul, qui a noté ...te-quatre avortements sur cent vingt-trois accouchements de femmes ...ées à l'influence des préparations de plomb (*Arch. de méd.*, 1860, t. XV).

— L'*influence de la gestation* sur la marche de certaines maladies con-...ntes a été signalée depuis longtemps, sans toutefois avoir été toujours ...e avec tout le soin convenable.

...at de grossesse peut-il influer sur la marche des maladies, soit en accélérant ...marche, soit en la retardant ou en la suspendant? C'est une question com-... que les faits contradictoires qui ont été observés ne permettent pas de ...er. — Relativement à la *phthisie pulmonaire*, qu'Andral a considérée, ...eaucoup d'autres praticiens, comme étant ralentie dans sa marche par ...de grossesse, Louis, tout en citant un exemple contraire, a fait remarquer ...aison que des observations nombreuses seraient nécessaires pour résoudre ...ivement le problème. Grisolle a également rapporté des faits d'accéléra-...e la marche de la phthisie par la gestation (*Arch. de méd.*, 1850, t. XXII). ...lon Thibault (*Revue méd.-chir.*, 1847), la grossesse déterminerait la ...tion des *kystes de l'ovaire* concomitants, et par suite la sécrétion plus ...nte du liquide, ou même une inflammation avec ruptures des parois ...ues. — Mais Montgomery (*Dublin, Quart. journ.*, 1855) a été trop loin ...nçant que la grossesse retardait jusqu'après la délivrance l'explosion de ...es *maladies aiguës* contractées dans son cours, telles que la scarlatine, ...re typhoïde, l'érysipèle.

...a fait remarquer avec plus de raison que la grossesse n'influe pas d'une ...re sensible sur le *cancer de l'utérus*, et que ce n'est que l'accouche-...qui hâte la terminaison funeste de la maladie cancéreuse, quand la lésion ...mineuse.

Grossesse extra-utérine.

...sait que la grossesse extra-utérine peut siéger dans les parois utérines, ...l'une des trompes, dans l'ovaire ou dans la cavité abdominale. On doit ...onsidérer la grossesse extra-utérine comme une affection locale dont le ...tic comprend deux questions principales à résoudre : sa constatation et ...e anatomique.

...éments du diagnostic. — Ils varient suivant que le kyste fœtal forme ...une *tumeur* appréciable.

...d *la tumeur manque*, selon Ménière (*Arch. de méd.*, 1826, t. XI), ...esse anomale ne s'annoncerait que par les signes rationnels très-vagues

de la gestation, et serait quelquefois même complétement latente jusq moment où une rupture subite de l'œuf entraîne plus ou moins rapidement la par péritonite, ordinairement d'un mois à trois mois après la conception Mais vant E. Goupil, qui a réuni et analysé quarante-deux observations de gross extra-utérines diverses (Bernutz et E. Goupil, *Clin. des maladies des fem* t. I, 1860), outre les signes rationnels de la grossesse, l'existence d'une *leur fixe* dans un point du bas-ventre, la *suspension des règles*, pu *hémorrhagies persistantes* sans aucun rapport avec les époques menstru l'*augmentation de volume* de l'utérus et enfin l'invasion subite ou d'*hémorrhagies intra-pelviennes*, dues ou non à la rupture du kyste formeraient un ensemble de données caractéristiques, surtout si l'on con en même temps une *tumeur* voisine de l'utérus qu'elle refoule.

Lorsque cette tumeur existe, ordinairement sur les côtés de la ligi diane, et qu'elle est déjà développée, elle ne peut présenter d'autre signe gnomonique que les doubles battements du cœur du fœtus à l'auscultation les faits rares où la grossesse anomale dépasse le quatrième mois. Lors fœtus meurt, le kyste s'enflamme quelquefois et les os du produit de l ception sont expulsés au dehors, par le *rectum* ou par un abcès à trave *parois abdominales;* ou bien la tumeur persiste indéfiniment, par une de momification du fœtus, sans augmenter de volume.

2° *Inductions diagnostiques.* — Ce simple exposé des signes prin de la grossesse extra-utérine fait comprendre les difficultés du diagnos diagnostic a même été regardé comme presque impossible pendant les pr mois de la gestation. Mais, suivant la remarque de E. Goupil, si aucun sig en particulier n'est pathognomonique, la réunion de ceux qu'il a indiq que j'ai rappelés plus haut, ne peut guère laisser subsister de doutes.

Il insiste sur la coïncidence, avec les signes rationnels de la gros des métrorrhagies non périodiques et prolongées qui sont presque con dans les grossesses extra-utérines; sur l'existence de la tumeur, soit an soit adhérente à l'utérus qu'elle repousse, et qui ne saurait être con avec une hématocèle, cette tumeur étant survenue *avant tout sym d'hémorrhagie interne*. Enfin les ruptures hémorrhagiques intra-pelvi dont il sera question tout à l'heure, viennent rendre le plus souvent le nostic certain.

Lorsque cette rupture n'a pas lieu, ce qui se remarque principalemen les grossesses tubo-abdominales, et assez souvent dans les espèces sou tonéo-pelviennes et tubo-ovariques, le kyste fœtal forme une tumeur ca ristique lorsque celle-ci présente les signes locaux ordinaires fournis fœtus vivant, circonstance qui est loin malheureusement d'être la plus naire. L'accouchement ou plutôt l'expulsion du fœtus vivant ou mort n alors éclairer le médecin que dans des cas exceptionnels. Tel est c Skrivan, dans lequel la tumeur envahit un sac herniaire et s'y dévelop qu'au moment où l'enfant venu à terme en fut extrait vivant avec le pl et les membranes par une opération (*Wien Zeitschr.*, 1851); telle es pulsion du fœtus et du placenta par l'anus rapportée par Filliter *Times and Gaz.*, 1853), et qui fut précédée d'une hémorrhagie inte avec ténesme. Enfin l'expulsion des débris du fœtus (osseux et autres) sés au dehors démontre le plus souvent l'existence d'une grossesse an mais cette expulsion peut dépendre aussi d'une tumeur congénitale. En de ces signes, il est ordinaire de confondre la tumeur avec un kyste de l'

En supposant la grossesse extra-utérine reconnue, il n'est pas possil

der quel est son siége : si elle est *tubaire*, *ovarique* ou *abdominale*. dant on soupçonne une grossesse de ce dernier genre, si le fœtus se dé- e sans rupture du kyste du premier au quatrième mois; car, d'après its réunis par E. Goupil, c'est presque toujours vers cette époque peu cée de la grossesse, et lorsqu'elle est tubaire ou ovarique, que cette grave lication survient.

tte *rupture du kyste*, d'où résulte une hémorrhagie intra-pelvienne e, est souvent le premier signe probant de la grossesse extra-utérine. La re, dit Ern. Goupil, s'annonce par une *douleur* toujours horrible, atroce, airement ressentie dans un point fixe dont la femme souffrait depuis long- s, par une *syncope* qui paraît être constante, et par les signes d'une hé- rhagie interne, petitesse et fréquence du pouls, pâleur, refroidissement, quefois convulsions (*loc. cit.*). Les mêmes phénomènes s'observent si orrhagie intra-pelvienne résulte, non de la rupture du kyste, mais de celle eines utéro-ovariennes dilatées, ou de l'ovaire, même lorsqu'il n'est pas le de la grossesse extra-utérine. Il peut arriver aussi que l'hémorrhagie, au de se faire dans le péritoine, s'opère *à l'intérieur du kyste*. Dans cette ière circonstance, il n'y a pas de syncope, l'hémorrhagie se faisant plus ment; la décoloration de la face n'est que graduelle, et l'on peut con- r l'augmentation de volume de la tumeur kystique. L'hématocèle qui ré- de l'hémorrhagie par rupture intra-péritonéale ne peut servir au diag- c de la grossesse extra-utérine que si l'on tient compte de l'époque de son ition, des antécédents et de la marche de la maladie (*Voy.* HÉMORRHA- p. 504).

Pronostic. — Ce n'est guère que par la complication si fréquente de la re du kyste fœtal, ou de celle des veines ou de l'ovaire, que le pronostic cheux; car ces accidents entraînent ordinairement la mort. Dans les autres il y a guérison par expulsion du contenu du kyste au dehors, ou état sta- aire indéfini par suite d'une sorte de momification du fœtus.

ÉRISON. — *Voy.* CONVALESCENCE.

ABITUDE EXTÉRIEURE. — *Voy.* EXAMEN DES MALADES.

ALEINE. — L'air chassé des voies respiratoires est inodore dans l'état à moins que l'on n'ait ingéré des boissons alcooliques, des aliments ou médicaments à principes volatils, ou inhalé certaines vapeurs odorantes. rrive assez fréquemment que, dans l'état pathologique, l'haleine acquiert deur plus ou moins fétide. Il faut alors se demander quel est le point de t de cette fétidité : les fosses nasales, la bouche, le pharynx, les voies atoires ou les voies digestives. Les fétidités de l'haleine les plus impor- à rappeler sont : celle de la PUNAISIE, qui est infecte et nauséabonde; de la *carie dentaire;* celle des *stomatites* et des *pharyngites*, qui rap- t quelquefois l'odeur gangréneuse; celle de la *gangrène pulmonaire*, été comparée à l'odeur de la paille pourrie; celle de certaines intoxica- (par le sulfure de carbone); la fétidité des éructations acides ou hydro- euses de l'*indigestion;* celle plus fade de l'*embarras gastrique;* celle atières fécales annonçant leur présence dans des vomissements anté- dus à une *occlusion intestinale*.

LUCINATIONS. — Les hallucinations ont une importance particu- mme signe de l'aliénation mentale; mais elles se montrent aussi comme omène dans d'autres maladies. Celles de la vue et de l'ouïe sont les quentes; celles du goût et de l'odorat sont beaucoup plus rares.

s hallucinations constituent un des meilleurs caractères de l'ALCOOLISME.

Elles sont rares dans le délire des maladies fébriles ; mais il arrive q
que des hallucinations de la vue, sans autre divagation que celle q
de l'existence des hallucinations, et sans aucune agitation, se manife
des malades non atteints antérieurement d'affection cérébrale. Il
soupçonner l'action d'un médicament *narcotique* ou *narcotico-âcr*
l'opium, la belladone, la jusquiame, etc. L'*hallucination du d*
ragle, aurait le plus grand rapport avec l'ivresse alcoolique ou ave
l'opium, suivant d'Escayrac de Lauture (*Acad. des sc.*, 1855).

HÉBÉTUDE. — *Voy.* STUPEUR.

HECTIQUE (Fièvre). — Lorsque l'on voit un malade en pr
fièvre continue de longue durée, avec exacerbations le soir, petites
quence du pouls, chaleur exagérée de la peau, surtout à la paume de
à la plante des pieds, coïncidant avec un dépérissement et une faibl
rale manifestes, on doit soupçonner que cette fièvre chronique, ap
tique, est sous la dépendance de la lésion grave, ordinairement s
d'un organe. Les tubercules à leur troisième période sont le plu
l'origine de cette fièvre chez les sujets encore jeunes. Mais en dehor
cause la plus commune et la plus facile à reconnaître, tantôt on
facilement l'organe malade, point de départ d'une *infection putride*
il sera impossible de constater la lésion latente qui provoque ces
fébriles. Dans cette dernière condition, on ne pourra arriver qu'à
bilités qui varieront suivant les individus et suivant les maladies e
existantes. C'est ainsi que des *abcès du foie*, latents en tant q
locales, pourront être soupçonnés dans les pays chauds et non dans le
du Nord. Enfin on n'oubliera pas que, si la fièvre hectique est presqu
symptomatique, elle peut aussi, sous le nom de *rémittente*, s'obs
lésion suppurante, comme conséquence d'une *intoxication paludé*
dans les pays marécageux de nos contrées, soit dans les régions tro
elle constitue une forme de la fièvre rémittente des pays chauds.

HELMINTHES. — *Voy.* ENTOZOAIRES.

HÉMATÉMÈSE (p. 484). . . . . }
HÉMATIDROSE (p. 492). . . . . }
HÉMATOCÈLE (p. 504). . . . . } *Voy.* HÉMO
HÉMATOMYÉLIE (p. 499). . . . . . . }
HÉMATURIE (p. 489). . . . . }

HÉMÉRALOPIE. — On peut dire avec Fonssagrives que l'hist
de l'héméralopie (appelée aussi aveuglement de nuit, cécité noctur
core une des lacunes les plus regrettables de l'ophthalmologie (*Uni*
1858). La définition même de la maladie varie suivant la manièr
l'envisage; et malheureusement les travaux des médecins de l'armé
et de mer qui ont été publiés dans ces dernières années sont lo
concordants.

L'héméralopie est généralement considérée comme une névrose ca
par la perte de la faculté de voir, même à l'aide d'une lumière artific
vive, pendant tout le temps que le soleil est au-dessous de l'horizon.
serve endémiquement dans certaines contrées, mais le plus fréqu
d'une manière épidémique, parmi les soldats ou les marins, surto
ceux qui voyagent dans les régions tropicales. Selon Netter (*Acad.*
1858), l'héméralopie ne serait que l'inaptitude de voir dans l'obscuri
pendant le jour. Mais pareille chose arrive dans certaines amblyopies
tiques, dans lesquelles, selon Cusco, il faut que le jour ait une certain

r que la vue s'exerce, tandis qu'elle ne perçoit rien dès que la lumière iiblement moindre. C'est à une amblyopie de ce genre, que le pro-Quaglino a eu affaire lorsqu'il a constaté, sur trente soldats, des lésions ı fait le point de départ de l'héméralopie. Ces lésions, observées à l'aide thalmoscope, consistaient en altérations des extrémités du nerf optique, ine et des vaisseaux caractérisées par une stase veineuse avec infiltra-'use de la substance rétinienne et des fibres nerveuses du nerf optique ınt la papille (*Gazz. med. Lomb.*, 1866).

sion brusque de la cécité vers l heure du coucher du soleil, ce qui tout être vrai dans les pays tropicaux, où la nuit arrive presque instan-t, le retour de la faculté visuelle dès le retour du soleil à l'horizon, et tion du phénomène pendant plusieurs jours ou pendant plusieurs mois a guérison ordinairement spontanée, constitueraient un ensemble de 's très-simples auxquels on ne saurait se tromper. Cependant il faut · de la SIMULATION, qui n'est pas très-rare parmi les soldats.

éralopie étant reconnue, il se présente un problème plus difficile à : celui de sa *cause*. Suivant la plupart des auteurs qui ont observé ie, ıl faudrait en rechercher l'origine dans les influences débilitantes ıes. Pour le docteur Armieux (1864), l'héméralopie épidémique serait tion catarrhale dont l'humidité serait la cause.

n prolongée d'une *vive lumière* sur la rétine, généralement admise ause, a été cependant contestée. Les faits démontrent d'ailleurs que lopie endémique et surtout épidémique, se montre indépendamment , de la constitution et de l'âge, quoiqu'elle soit plus fréquente chez ;s.

toutes ces données diagnostiques plus ou moins précises, la confusion ıle, dans certains cas, entre l'héméralopie et d'autres affections. En *ion méd.*, 1868), on pourrait prendre pour elle l'*amaurose intermit-*ıi s'en distingue cependant en ce que la cécité périodique apparaît journée au lieu de se montrer seulement le soir. Dans un fait de le Strasbourg), cette cécité avait des allures périodiques à type tierce, sparut par l'emploi du sulfate de quinine, signes qui ne permettaient ıoindre doute dans le diagnostic. Deval a appelé aussi l'attention sur lopie symptomatique. Il prétend avoir observé un cas d'amaurose *que* à forme héméralopique, et il rappelle celui du docteur Alançon èche), dans lequel l'héméralopie était due à la présence d'*ascarides* *ıides* dans l'intestin. Ce n'est qu'en dehors des épidémies que l'on pour-particulièrement rencontrer des faits de cette espèce, ce qui constitue tère distinctif important.

ırétendu qu'il avait pu résulter de l'héméralopie une perte irrémédiable e; mais il est douteux qu'en pareil cas il y ait eu simple héméralopie. almoscope pourrait résoudre la question, car il paraît qu'il donne des ; négatifs dans l'héméralopie.

ICRANIE. — *Voy.* MIGRAINE.

IPLÉGIE. — *Voy.* PARALYSIES localisées.

IOPHILIE. — A propos des HÉMORRHAGIES en général, j'ai rappelé l'hé-: comme une origine des pertes de sang s'opérant par différentes voies et ıne altération inconnue de sang. On a nié cette altération du sang dans hilie, en rappelant que des lésions déjà constatées dans les vaisseaux doi-e croire que des altérations vasculaires sont l'origine des hémorrhagies. Schœnlein, Hooper, Liston, Wilson ont trouvé à l'autopsie les artères

extrêmement minces, de même que Blagden et Schünemann. Il y aurait développement incomplet du système vasculaire, suivant Lemp (Ch. Bouch *Pathogénie des hémorrhagies; Thèse* d'agrég., 1869). Je me contente d'ex ces résultats, en faisant remarquer qu'ils laissent la question en suspens, passe à l'exposé du diagnostic de l'hémophilie.

Cette maladie singulière, quoique facile à reconnaître, présente de nombre particularités nécessaires à rappeler. A propos d'une observation d'hémop très-intéressante, le docteur Huss (de Stockholm) a publié un Mémoire lequel il résume l'ouvrage allemand de Grandidier (1855) sur cette maladie qui est le plus complet qui ait paru (Mém. traduit dans les *Arch. de m* 1857, t. X). Depuis cette époque, il a été publié diverses observations, p lesquelles une des plus remarquables est celle de Dalmas (*Journ. de méd. Bordeaux*, 1868).

1° *Éléments du diagnostic.* — Les *hémorrhagies multiples*, qui s principal élément du diagnostic, se distinguent par la fréquence de leurs r dives, par leur durée plus ou moins longue, ainsi que par la difficulté, l'impossibilité de les arrêter. Elles peuvent être ou spontanées ou traumatiq Elles sont précédées assez souvent de signes précurseurs, mais non touj et se font par différentes voies et principalement par le *nez*, ou, par ordre fréquence, par la *bouche*, les *intestins*, les *poumons*, les *voies urinai* l'*estomac*, les *organes sexuels* féminins, et plus rarement par la langue glande lacrymale, le bout des doigts, le cuir chevelu ou l'oreille (*Mém. Hu* les ecchymoses sous-cutanées sont fréquentes. Dans l'observation de Huss sang était fourni par les bulbes des poils des différentes parties chevelues velues du corps. Le sang est tantôt rouge clair, artériel, tantôt plus foncé, veineux; il est plus ou moins coagulable; son examen microscopique ne montre rien de particulier dans les globules.

Ces hémorrhagies surviennent tantôt *par cause externe*, érosion très-lég de la peau, ou simple pression (ecchymoses douloureuses), extraction dents, etc., et tantôt spontanément *par attaques*, pendant lesquelles il y a *affaiblissement* proportionné à la perte de sang, quelquefois une *syncope*, bien un léger *délire*, des *soubresauts spasmodiques*. D'autres fois il y a, p dant les attaques, des *douleurs articulaires mobiles*, de la *fièvre*, des *pa tations*, de la *dyspnée*, de l'inquiétude générale, de l'irritabilité, et l'on a une fois une *paralysie passagère* d'un membre.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les hémorrhagies toujours abondan si faciles à produire et si difficiles à arrêter, pouvant revenir par accès au d'intervalles plus ou moins longs, non-seulement sous l'influence en appar insignifiante d'une légère blessure, mais encore d'une simple émotion, co les ecchymoses sous-cutanées ou les tumeurs sanguines extérieures conco tantes, ne peuvent laisser le moindre doute sur l'existence de cette singul affection. Le retour plus ou moins fréquent de ces hémorrhagies très-vari leur répétition (par attaques de plusieurs jours de durée) pendant des ann leur apparition à tout âge, mais plutôt chez l'homme que chez la femme (co quatorze est à un), et chez des individus dont les ascendants sont ou bien ont atteints de la même maladie, sont autant de données qui éclairent le diagno L'hérédité a été nettement établie par la publication de Dalmas. Quatre garç sur sept frères, avaient été frappés de cette malheureuse disposition hémorrhagies graves; l'un deux avait été emporté en trois jours par une hé rhagie intestinale à la suite d'une coqueluche; et le grand père maternel été affecté à tel point qu'il ne pouvait rester assis longtemps sans avoir

ses noirâtres aux cuisses et aux fesses. L'hérédité explique la mani-
de la maladie chez les enfants du premier âge; mais on ne peut
avec Grandidier que l'hérédité soit constante. Le fait publié par Huss
servé moi-même un semblable à ce point de vue) démontre suffisam-
la maladie n'est pas toujours héréditaire.
norrhagies externes, jointes à des tumeurs sanguines et à des pété-
rieures, dues à l'hémophilie, peuvent faire croire à l'existence d'un
ı d'un purpura. — Mais le *scorbut* est caractérisé par la lésion des
ainsi que par des causes toutes particulières. — Le *purpura*, qu'il
et précédé de fièvre, ce qui est un caractère qui manque toujours avec
lie, ou qu'il soit chronique, a des hémorrhagies moins abondantes
dernière affection; il dure bien plus longtemps que ne dure un accès
ilie, et une fois disparu, ne revient ordinairement plus.
énomènes qui peuvent le plus facilement induire en erreur dans l'hé-
sont les douleurs sourdes et mobiles, avec gonflement des articula-
se montrent avant ou pendant l'apparition des hémorrhagies, ou bien
ntervalles. On peut donc croire alors aisément à un *rhumatisme arti-*
i l'on ne songe pas à la possibilité d'une hémophilie. Cependant la
ce d'hémorrhagies abondantes et rebelles, souvent d'origine hérédi-
t ordinairement éclairer sur la nature des douleurs observées. Je
données distinctives plus importantes que celles de l'absence soit d'un
ne antérieur, soit d'une disposition héréditaire rhumatismale, signalées

uchements sanguins intérieurs peuvent donner lieu à des symptômes
s dont on pourra déterminer la nature en les sachant possibles dans
lie. L'*anémie* qui résulte fréquemment des pertes de sang abondantes
es est une complication que l'on rattachera facilement aussi à sa
origine, et qui pourra être le point de départ du diagnostic en faisant
à l'existence des hémorrhagies. Il en sera de même des *hydropisies*,
 la *gangrène*, considérées comme conséquences ou complications des
gies.
nostic. — On doit toujours redouter, avec l'hémophilie, une mort
par suite d'une hémorrhagie rapide et abondante, soit externe, soit
ne terminaison tout aussi fatale, mais plus lente, est aussi à craindre
des progrès incesssants de l'anémie. Enfin les affections intercurrentes
onner d'autant plus d'inquiétudes, qu'il est assez fréquent de les voir
quer d'hémorrhagies mortelles. Il ne faut pas croire cependant que le
soit toujours funeste; car il n'est pas très-rare de voir parvenir les
atteints d'hémophilie à un âge avancé. Les hémorrhagies sont ordi-
 mortelles chez les enfants à la mamelle.

)PTYSIE. — *Voy.* HÉMORRHAGIES, p. 486.

)RRHAGIES. — Aucune des distinctions scolastiques des hémorrha-
urait être prise comme point de départ du diagnostic des phénomènes
giques, qui sont tantôt un symptôme et tantôt des maladies particu-
ont place dans les cadres nosologiques. Au lit du malade, en effet,
rhagies se présentent seulement dans deux conditions : 1° le sang
ors des vaisseaux *se montre hors de l'organisme;* 2° le sang épanché
iné *dans la profondeur des organes.* C'est cette marche essentiel-
atique qui va être suivie dans cette étude diagnostique.
dépendamment de l'étude diagnostique des hémorrhagies dans ces
itions, j'ai à rappeler d'abord des généralités dont la connaissance

facilitera la solution des questions particulières qui seront ensuite trai

Les symptômes congestifs avant-coureurs des hémorrhagies, qui ont été m tieusement décrits sous la dénomination de *molimen hémorrhagique*, sauraient faire prévoir l'invasion d'une hémorrhagie, à moins qu'il n' quelques autres particularités qui la rendent probable, comme l'existence morrhagies antérieures semblables et sujettes à récidiver, ou bien la co dence du molimen observé avec une affection locale ou générale qui p produire une perte de sang. En tous cas, il ne sera jamais permis d'aller delà de la probabilité d'une hémorrhagie prochaine.

Parmi les signes des hémorrhagies spontanées, il en est un seul pathog nique : c'est le rejet du sang au dehors de l'organisme et par les voies relles. Malheureusement ce signe manque lorsque le foyer hémorrhagique emprisonné dans les organes. De plus, comme on le verra plus loin, le expulsé au dehors n'est pas toujours pur; il se trouve parfois mélangé à matières qui en modifient entièrement l'aspect, et il peut lui-même être par un long séjour dans les voies qui s'en débarrassent.

Lorsque l'hémorrhagie reste confinée dans les organes, il se produit, su le siége de l'épanchement sanguin, des symptômes variés que je rappeller leur lieu. Mais outre ces signes particuliers, il en est de commun résultent de la perte de sang elle-même; car l'effet est identique si la quantité de sang est rejetée au dehors ou épanchée intérieurement. — Si l morrhagie est assez considérable, il en résulte presque aussitôt une pâleur noncée du visage, des lèvres et des muqueuses, le refroidissement des e mités, parfois même des frissons, l'obscurcissement de la vue, des tinte d'oreille, des bâillements, des lipothymies ou une véritable syncope, qui vient quelquefois; très-rarement on a vu aussi se produire des vomisseme des convulsions; enfin une mort très-prompte est souvent la conséquence d' hémorrhagie abondante et rapide. — Lorsque la perte de sang est moins co dérable ou plus lente, ou bien le malade se remet en peu de temps d faiblesse que la perte de sang a occasionnée, ou bien il persiste une an qui fait d'incessants progrès si les hémorrhagies se répètent à des interv plus ou moins rapprochés. Le même effet résulte des évacuations sanguines pétées que l'on provoque d'une manière intempestive comme moyens de tement.

Les effets des hémorrhagies varient, comme on le voit, suivant leur mar rapide ou lente, suivant leur degré d'intensité ou plutôt leur abondance, et selon qu'elles sont plus ou moins répétées.

On ne devra pas confondre ces effets généraux réels de l'hémorrhagie les troubles dus à la frayeur qu'éprouvent certains individus à la vue d' quantité même minime de sang dans leurs évacuations, et principalement leurs crachats : pâleur, anxiété précordiale, tremblement des membres, pitations, pouls fréquent et faible, refroidissement des extrémités. Il est f de constater que ces phénomènes se rattachent à la terreur manifestée par malade.

L'hémorrhagie étant constatée, une question capitale à élucider est celle son origine. Mais avant de rappeler les conditions pathologiques qui sont le p de départ des hémorrhagies il est indispensable de bien établir la pathog sur place des pertes de sang.

Le savant auteur du travail le plus récent qui ait été publié sur la *pathog des hémorrhagies* (Ch. Bouchard, *Thèse* d'agrégat., 1869) n'admet que hémorrhagies par rupture vasculaire, rejetant l'extravasation sanguine co

ien de réel, si l'on considère les hémorrhagies vraies comme des épan-
hors des vaisseaux, non de la matière colorante des globules, mais de
léments du sang. Pour lui, la rupture vasculaire, condition essentielle
hémorrhagie, a lieu dans trois conditions différentes : — 1° par exagé-
la tension du sang dans les cavités vasculaires; — 2° par diminution
sion des parties extérieures aux vaisseaux; — 3° par diminution de la
des vaisseaux.

tures par *exagération de la tension du sang* s'effectuent, selon Ch.
, non dans les vaisseaux capillaires, mais au niveau des artérioles et
les qui les avoisinent, où la rupture a lieu sans lésion préalable, et à
raison lorsqu'une lésion y existe. La préexistence d une lésion ana-
st au contraire indispensable au niveau des vaisseaux d'un plus fort
t surtout des grosses artères et du cœur. — Les ruptures vasculaires
ution de pression des parties extérieures aux vaisseaux sont ad-
tôt par hypothèse que d'après des faits bien constatés. — Il n'en est
ême des ruptures hémorrhagiques, dues à la *diminution de la résis-*
vaisseaux. Cette cause générale, comme l'exagération de tension du
les vaisseaux, est très-fréquemment observée. Le plus souvent même
causes combinent leur action. Je n'insiste pas davantage sur ces con-
iportantes à connaître des ruptures vasculaires comme cause générale
rhagies; j'aurai à y revenir fréquemment dans le diagnostic des hé-
s localisées, que je passerai plus loin en revue.

ıt-il admettre avec Ch. Bouchard qu'il n'y a pas d'hémorrhagies par
ion du sang à travers les parois vasculaires et par conséquent sans
Nous ne saurions nous ranger à son opinion, qui nous paraît, au point
la rupture, par trop radicale. On doit admettre avec lui que la démons-
e Cohnheim a voulu faire du passage des globules du sang à travers
tes des parois vasculaires dans les inflammations et les hémorrhagies
's *Arch. für pathol. Anat.*, 1867) est tout à fait insuffisante; cepen-
u'à nouvel ordre et démonstration contraire, il faut accepter qu'il
hémorrhagies sans ruptures vasculaires démontrées, et qui coïncident
ltérations du sang encore mal connues ou incomplétement connues,
éelles. C'est donc une quatrième condition à ajouter à celles proposées
ouchard. On s'étonne de son radicalisme, quand il reconnaît (*loc. cit.*,
que l'on est souvent dans l'impossibilité d'appliquer aux cas spé-
certitude, même avec probabilité, les notions pathogéniques qu'il a

es conditions étiologiques comprises dans les altérations du sang et
quent ordinairement des hémorrhagies par plusieurs voies, ou des hé-
s *multiples*, il faut placer en première ligne, comme maladies aiguës,
graves : les *fièvres éruptives*, telles que la rougeole, la scarlatine,
, et la suette miliaire, qui ont alors reçu de cette complication la
n d'hémorrhagiques; la *fièvre typhoïde*, la *fièvre jaune*, la *peste*,
, la *fièvre charbonneuse*, la *morve*, la *fièvre puerpérale*, certaines
rnicieuses, les *empoisonnements;* il faut y joindre l'*ictère grave*
e *ivresse* chez des sujets sans doute prédisposés. Les maladies chro-
compagnant d'hémorrhagies variées sont : les *intoxications*, le *pur-*
orbut, l'*hémophilie*, toutes les affections *cachectiques* dont l'altération
t encore ignorée, et parmi lesquelles les cachexies *tuberculeuse* et
sont les plus fréquentes. Enfin certaines altérations du sang un peu
ues, telles que la *pléthore*, dont Andral a si bien démontré l'influence

sur la production des hémorrhagies (*Hématologie pathologique*, 184 l'*anémie* (surtout chez les enfants) provoquent aussi des hémorrhagies l'on doit considérer comme étant souvent indépendantes de toute lésion Il y a dans ces différentes conditions ce qu'on a appelé une *diathèse hé rhagique*.

Parmi les causes locales communes à beaucoup d'organes au niveau de se peuvent produire des hémorrhagies, il en est d'anciennement connues, que les *ulcérations*, les *abcès* dans les régions très-vasculaires et les *rupt* Mais on a vu quel rôle exclusif on a fait jouer aux ruptures, comprises c mément aux recherches anatomiques et physiologiques modernes. Les c immédiates de ces ruptures seraient nombreuses. — 1° L'impulsion plus gique du cœur, son hypertrophie, l'artério-sclérose, une ligature, la compr ou l'obstruction d'une branche importante, l'atrophie d'organes très-vascul un spasme des petits vaisseaux sur une étendue considérable du système riel, comme le froid par exemple peut le produire, seraient l'origine de l'aug tation locale ou générale de la *tension hémorrhagipare du sang dan artères*. Les maladies du cœur gauche (surtout à l'orifice mitral), toutes les tions gênant la circulation pulmonaire, les diverses affections du cœur l'asystolie, les efforts, compressions, obstructions, la pesanteur même, ser les principales causes de l'augmentation de la *tension hémorrhagipare les veines*. Modifications de la tension artérielle, de la tension veineuse, re rement ou relâchement des petits vaisseaux (actions vaso-motrices), tels ser enfin les éléments principaux susceptibles d'influencer la *tension du sang les capillaires* (Ch. Bouchard, *loc. cit.*, p. 36). — 2° Certaines conditio l'atmosphère (air condensé ou raréfié), et surtout les altérations qui dimi la consistance des tissus qui entourent les vaisseaux où se produit la rup pourraient être considérées, dans des conditions particulières, comme des c de ruptures hémorrhagiques par *diminution de la pression des parties rieures aux vaisseaux*. — 3° Enfin la *fragilité vasculaire* due à la jeu des vaisseaux (Virchow), comme chez le nouveau-né, ou dans les vaisseaux néo-membranes phlegmasiques ou des produits de nouvelle formation, *traumatismes*, dont se rapprochent jusqu'à un certain point les *ulcérati* les *anévrysmes* plus ou moins volumineux ou miliaires, les dilatations queuses des veines, l'*atrophie* des parois artérielles (encore très-peu diée), la *sclérose*, l'*athérome* vasculaire dont l'influence est très-diverse interprétée, et la *dégénérescence amyloïde* dont l'action est mal connue : te seraient les causes de la *diminution de la résistance des vaisseaux* donnent fréquemment lieu à des ruptures hémorrhagiques, soit seules, soit l'influence d'une tension vasculaire exagérée.

La détermination de la *forme* de l'hémorrhagie est très-secondaire comp à la détermination de son origine. On peut même dire que la forme est touj subordonnée à l'origine de l'hémorrhagie. C'est ce que démontre la si mention des hémorrhagies dites *essentielles, symptomatiques, supplém taires*. Celles appelées essentielles sont-elles autre chose que des hémorrh dont on ignore ou dont on ne peut déterminer l'origine, comme l'hém des pays chauds et d autres hémorrhagies analogues? Celles dites sympto ques ne sont-elles pas ainsi désignées parce qu'on les rapporte à une mal originelle particulière? et celles appelées supplémentaires, parce qu'on attribue à tort ou à raison à la suppression d'une hémorrhagie habituelle? même appréciation doit s'étendre aux hémorrhagies dites *actives* ou *passive* les premières, subordonnées à toutes les causes d'excitation de l'appareil v

les secondes, au contraire, à toutes les causes qui peuvent atténuer habituelle de la circulation ou lui faire obstacle, comme dans les oblide la veine cave supérieure, par exemple.

morrhagies supplémentaires, comme les hémorrhagies dites essentieloivent être admises au lit du malade qu'avec une extrême réserve. Les ;uins supplémentaires ne paraissent bien démontrés que pour les lorsque des hémorrhagies mensuelles reviennent *régulièrement* comme ;, et qu'il n'est pas possible d'attribuer d'autre origine à la perte de sang.

aux *complications* des hémorrhagies, plusieurs découlent naturellece qui précède. Telles sont l'*anémie* graduelle ou subite, la *syncope*, être mortelle. Une atteinte profonde aux fonctions de certains organes, *ıflammation* consécutive à l'épanchement sanguin en foyer, sont en ; conséquences assez fréquentes des hémorrhagies.

nçoit facilement que le pronostic des hémorrhagies doive être très-difans les conditions variées qui ressortent des considérations générales quelles je viens d'entrer. La gravité est évidemment subordonnée à la de sang perdu, à la gravité de la cause générale ou locale de l'héie, et enfin à celle des complications.

;néralités, indispensables à connaître quand il s'agit du diagnostic des ıagies, ne sont cependant que des préliminaires à cette étude, qui est pliquée. J'ai dit en commençant que, pour se placer dans les conditions ordinaires de la pratique, il fallait considérer les hémorrhagies se mondehors ou restant confinées dans l'intérieur des organes. C'est ce que je e actuellement.

** émorrhagies se montrant au dehors.**

ιue cette division soit peu scientifique, le sang pouvant ou non faire irau dehors dans les mêmes espèces d'hémorrhagies, je l'admets comme qui permette d'arriver logiquement à l'interprétation de l'hémorrhagie rée comme symptôme, symptôme qui frappe immédiatement les yeux malade, soit du médecin, et qui nécessairement est le point de départ at des inductions diagnostiques.

dérer l'hémorrhagie comme symptôme en pareil cas, c'est avoir à déter-1° les *caractères* de l'hémorrhagie, qui révèlent sa *réalité* et son *siége* ique; 2° ses *conditions pathologiques* et sa *signification*. C'est ce que ıvoir à examiner successivement à propos de l'apparition du sang par *ines*, par la *bouche*, l'*anus*, l'*urètre*, le *vagin*, et plus rarement par la par le *conduit auditif*, par les *yeux*. Je rappelle pour mémoire les hagies par rupture de *varices des membres inférieurs*, que Simpson, rement à l'opinion de Delpech (de Montpellier), a vu être mortelles par leur nce (*Edinb. med. Journ.*, 1865). Il a pu en réunir seize cas, dont treize s, ce que la gestation avancée peut expliquer chez six d'entre elles.

ÉMORRHAGIES PAR LES NARINES.

peut y avoir ici de doutes sur la *réalité* de l'hémorrhagie, lorsque le rt des cavités nasales, le plus souvent liquide ou en partie coagulé, plus nt mélangé à des mucosités nasales. Sa quantité est parfois considérable, s fois insignifiante. Rarement le sang est expulsé, dans un effort de toux vomissement, par les narines et par la bouche à la fois.

nt se garder de croire que la pituitaire soit le *siége* de l'hémorrhagie dans s cas. Ce siége est évident si le sang s'écoule uniquement par les narines, xaminant le pharynx on n'y voit pas de sang, et si l'on en constate au ire dans l'une ou l'autre des cavités nasales. Mais il ne faut pas oublier

que du sang accumulé en grande quantité dans le pharynx et venant soit voies digestives, soit des voies respiratoires profondes, peut être lancé dans cavités nasales et sortir par les narines et par la bouche à la fois.

D'un autre côté, l'hémorrhagie nasale ou épistaxis peut être latente. Si effet, le malade est couché sur le dos, le sang, au lieu de sortir par les na s'écoule dans le pharynx; il est alors dégluti, ou expulsé secondairement p bouche et même par les narines. On reconnaît alors que le sang est fou la pituitaire, si l'on voit, en inspectant la gorge après avoir fait gargari malade, ou même sans cette précaution, le sang s'écouler en nappe *sur la postérieure du pharynx;* si l'abondance de l'hémorrhagie oblige à reco tamponnement, on constate que cet écoulement vers le pharynx cesse imm tement après.

Lorsque l'on aura reconnu que le sang est fourni par les cavités nasal rement on devra attribuer l'hémorrhagie à une condition organique loca plus souvent ce sera à l'une des conditions générales aiguës ou chroniqu j'ai énumérées qu'il faudra la rapporter (*Voy.* ÉPISTAXIS).

On va voir que le diagnostic des hémorrhagies nasales n'est pas limit que je viens d'en dire, et que l'hypothèse d'une épistaxis surgit quelqu propos des hémorrhagies par la bouche et même des hémorrhagies par l

B. HÉMORRHAGIES PAR LES OREILLES.

Il se fait quelquefois, par le conduit auditif, un écoulement de sa considérable et de peu d'importance, par suite d'une otite aiguë ou chro On a vu l'hémorrhagie être due aussi au passage du sang du pharynx d trompe d'Eustache, dans la caisse du tympan, puis dans le conduit auditif e chez un individu dont le tympan était perforé. Mais ce sont là des faits pr de minime importance en regard des otorrhagies abondantes et graves q a vu survenir par suite des lésions de la carotide interne indépendantes d action traumatique. C'est la carie du rocher qui provoque ces lésions e duisant, au niveau du canal carotidien, un foyer purulent qui ulcère les de l'artère. Des faits assez nombreux de ce genre d'hémorrhagie ont été s sivement rapportés par Boinet, Porter, Chassaignac, Marc Sée, T Baizeau, Choyau, Broca, etc., et Jacques Jolly en a fait l'objet d'un intéress moire qu'il a publié dans les *Archives de médecine* (1866, t. VIII). Le s provient pas toujours de la carotide lésée au niveau du canal carotidien, peut aussi être fourni, quoique plus rarement, par le golfe de la veine ju interne, par les sinus pétreux supérieur ou inférieur, par le sinus latér transverse; l'aspect du sang ne permet pas de déterminer la source artéri veineuse de l'hémorrhagie. S'il y a lésion de la carotide, elle est dé par la cessation de l'hémorrhagie dès que l'on comprime cette artère, J. Jolly (*Mém. cité*).

Les faits de ce genre sont très-intéressants à connaître; car il s'agi accident très-grave, puisque, pour y remédier, on a eu recours à la lig la carotide (dont l'utilité a d'ailleurs été contestée). De plus, l'otorrhagi constatée, il est indispensable d'en déterminer l'origine, qui est habitue la *carie du rocher* survenant dans le cours de certaines *phthisies culeuses,* et peut-être dans les fièvres éruptives, comme a semblé le dé l'otorrhagie à répétition devenue mortelle dans un fait de scarlatine c qué par Porter à Graves (*Clin méd.*, t. I, p. 440), mais dans lequel l'a fait défaut. Enfin il est bon, la carie du rocher étant constatée dans le la phthisie pulmonaire, de pouvoir dénoncer la possibilité d'une otorrha telle, qui heureusement ne survient pas toujours.

... HÉMORRHAGIES PAR LA BOUCHE.

..e sang est rendu par la bouche par expuition, par expectoration ou par le ..issement, et, dans presque tous les cas, facilement reconnaissable à sa ..leur caractéristique franchement rouge, ou rouge sombre, avec ou sans ..lots. Cependant il peut quelquefois y avoir doute lorsque le sang, en petite ..ntité, a séjourné longtemps dans un organe profond, avant d'être expulsé au ..rs. Il a alors l'aspect d'un corps ou d'un liquide brunâtre ou noirâtre, dont ..ature ne peut être déterminée que par l'emploi du microscope, qui y révèle ..on les éléments du sang (*Voy.* SANG). Les vomissements bilieux *noirs* de la ..re jaune peuvent être pris pour du sang. Une autre cause d'erreur pourrait ..i se rencontrer dans la coloration des crachats ou de la salive par des *médi-..ents ayant une coloration rouge*, et imprégnant les parois du pharynx, tels ..le ratanhia, le kermès : mais il suffit d'être prévenu pour éviter la méprise.

..e sang expulsé par la bouche peut provenir soit de la bouche même, soit des ..ités nasales par l'intermédiaire de l'arrière-gorge, soit du pharynx, de l'œso-..ge, de l'estomac, soit enfin des voies aériennes. Le problème est donc ..plexe et peut présenter des difficultés. Il est important de les surmonter; ..il n'est pas indifférent, l'hémorrhagie étant manifeste, de préciser son siége ..omique dans tel organe plutôt que dans tel autre. Le siége anatomique de ..ident hémorrhagique étant constaté, en effet, on n'a plus qu'à rechercher ..le est la maladie de cet organe ou l'affection plus éloignée qui est l'origine ..l'hémorrhagie.

.. — On reconnaît que le sang provient de l'intérieur de la *bouche*, qu'il y ..n un mot, *stomatorrhagie*, s'il est rendu par expuition, si l'on constate en ..e temps l'absence d'une hémorrhagie nasale ou pharyngienne dont le sang ..it passé dans la bouche, s'il existe une lésion buccale qui fournisse le sang, ..enfin si on le voit sourdre de la muqueuse elle-même.

..es *conditions pathologiques* de la stomatorrhagie sont faciles à reconnaître ..u'elles sont locales. L'inspection directe des différentes parties de la bouche, .. partie interne des lèvres et des joues, des gencives, du palais, fait immé-..ment découvrir les lésions qui sont la source de la perte de sang, surtout ..le-ci a lieu encore au moment de cette exploration. Lorsque le sang, peu ..dant, se montre par stries dans des mucosités ou forme des crachats rendus ..xpuition, tantôt il provient de l'état fongueux des gencives produit par un ..ocal, et tantôt il est fourni par des érosions ou des *ulcérations* de nature ..e. Lorsque le sang est abondant, l'hémorrhagie est due quelquefois à une .. d'artériole, comme Oppolzer et Dechambre (*Gaz. hebdom.*, 1865) en ont .. exemples, ou bien à un *état variqueux* de la muqueuse, sur lequel ..nk a insisté (*Médec. prat.*), ou bien enfin sans lésions locales apparentes ..ec des lésions insignifiantes, par suite de l'une des influences générales que ..appelées.

.. — J'ai indiqué à la page 482 comment on constatait que le sang provenait ..sses nasales, lorsqu'il était passé de ces cavités dans le pharynx et dans la ..e.

.. — Pour décider que le *siége de l'hémorrhagie est le pharynx* (*pharyn-..agie*), il ne suffit pas, de même que pour les cavités nasales ou pour la .., d'y constater la présence du sang; car il ne faut pas oublier que la cavité ..rynx est un centre où aboutissent non-seulement la bouche et les fosses .., mais encore les voies digestives et respiratoires profondes. En un mot, ..it y voir le sang de toutes les hémorrhagies de ces différentes sources. Si ..e que le sang exhalé dans le pharynx provoque des nausées, des efforts de

vomissement et de la toux, on concevra que ce n'est que par voie d'exclusi en éliminant par le raisonnement les autres organes comme sources de l'h rhagie, que l'on pourra soupçonner que l'hémorrhagie est pharyngienne. ' fois, on serait en droit d'admettre l'existence de la pharyngorrhagie s apercevait, à l'isthme du gosier ou à la paroi postérieure du pharynx, une susceptible de fournir le sang.

On n'oubliera pas qu'une cause d'erreur, très-fréquente dans la phar rhagie, provient du passage facile du sang dans l'estomac, d'où il peut e être expulsé par le vomissement, comme s'il s'était épanché primitivemen cet organe.

Comme *conditions pathologiques* de l'hémorrhagie pharyngienne, il y cipalement des *ulcérations*, ou des *varicosités veineuses* semblables à de la bouche. Lasègue a observé plusieurs exemples de ces varices de l'a gorge compliquées d'hémorrhagies qui pourraient faire croire à des hémo tuberculeuses (*Traité des angines*, 1868, p. XIX). Mais c'est à tort qu'il que les faits analogues n'ont pas été observés. P. Frank a décrit sous la mination de *stomatorrhagie du pharynx* ces hémorrhagies variqueuses, indique la confusion qu'on en peut faire avec les véritables hémoptysies ou l'hématémèse. Ces lésions locales du pharynx, ulcérations ou varices, ne so les seules qui peuvent exister. Dans certaines contrées, dans les pays chau notamment en Algérie, chez nos soldats, on observe aussi fréquemment des hé rhagies pharyngiennes, comme des épistaxis (*Voy.* ce mot), qui sont dues pénétration accidentelle de sangsues avalées ou reniflées dans les cours d et qui, d'abord filiformes, peuvent se fixer et se développer dans le phary plus souvent dans des points où l'on ne saurait les apercevoir (derrière le du palais ou vers l'origine de l'œsophage). Baizeau, qui a publié sur les acci que produisent ces annélides un très-bon travail (*Arch. de méd.*, 1863, t. I vu des cas dans lesquels leur séjour dans le pharynx a été de deux mois, dant lesquels l'hémorrhagie peu abondante se reproduisait fréquemment. troubles de la respiration, la suffocation et l'asphyxie même peuvent résulter du passage de la sangsue dans le larynx.

On voit que les lésions locales du pharynx ne sont pas toujours aussi fa ment constatées que dans la cavité buccale. Elles ne sont accessibles à l'e ration qu'au niveau de l'isthme du gosier (voile du palais, amygdales) ou partie de la paroi postérieure du pharynx. On conçoit donc que lorsq lésion occupe une partie inaccessible à la vue, il doit en résulter une i titude inévitable du siége anatomique de l'hémorrhagie.

d. — Le sang vient-il directement de l'œsophage? C'est ce qu'il es possible de décider, à moins que l'on n'ait préalablement établi l'exi d'une lésion qui puisse donner lieu à l'œsophagorrhagie, car, en dehors de faits positifs, le passage du sang dans l'estomac a toujours fait confondre, la pratique, l'hémorrhagie de l'œsophage avec celle de l'estomac lui-même.

On a constaté que des varicosités veineuses pouvaient donner lieu dans l'œ phage, comme dans la bouche et le pharynx, à des hémorrhagies très-a dantes; mais leur diagnostic pendant la vie est impossible. Les seules lé qui puissent être diagnostiquées comme conditions des hémorrhagies de l'œ phage sont : le *cancer* de ce conduit (*Voy.* CANCER) et un *anévrysm l'aorte* (*Voy.* ANÉVRYSME). La connaissance de la maladie précède et peut jusqu'à un certain point prévoir l'hémorrhagie.

e. — Lorsque le *sang est fourni par l'estomac* (*hématémèse, trorrhagie*), le vomissement, nécessaire à l'expulsion du sang accumulé

gue, la coagulation ainsi que la couleur noirâtre de ce sang, ou son aspect marc de café, et enfin son mélange à des aliments plus ou moins bien trés, sont les signes qui ont été donnés comme distinctifs de la gastrorrhagie. ces signes sont loin d'être pathognomoniques. On peut confondre en la matière vraiment sanguine des vomissements, lorsqu'elle est brunâtre, les liquides vomis qui contiennent de la *sarcine*. Aussi doit-on avoir urs au microscope pour décider la question toutes les fois que le vomisent n'est pas franchement sanguinolent à première vue. S'il y a vraiment orrhagie, on constate au microscope des globules sanguins plus ou moins rés, mais toujours reconnaissables (*Voy.* SANG); tandis que si l'on a affaire champignon microscopique désigné sous le nom de *sarcine*, au lieu des ules sanguins ou de l'hématoïdine, on trouve des cellules cubiques divisées uatre saillies par de légers sillons, et formant des masses irrégulières qui tout à fait caractéristiques (*Voy.* SARCINE). Ce parasite végétal doit tous être recherché en pareille circonstance, car il donne lieu à des vomisents rebelles, qui peuvent être attribués à tort à une maladie organique y. PARASITES [Végétaux).

a gastrorrhagie étant reconnue réelle, le mélange des aliments au sang avoir lieu quand l'hémorrhagie est due à un cancer de la partie inférieure œsophage, ou par le seul fait de la présence du sang dans le pharynx. Il t y provoquer des vomituritions de matières alimentaires qui sont expulsées lui, ou bien être dégluti, puis vomi. Il faut donc, avant d'attribuer l'hérhagie à l'estomac, chercher si le sang ne provient pas indirectement du rynx, des fosses nasales ou même des voies respiratoires. C'est par consént par voie d'exclusion que l'on arrivera, dans les cas difficiles, à établir le sang expulsé provient de cet organe, à moins que l'on n'ait reconnu istence d'une affection stomacale à laquelle on puisse, selon toutes probaés, attribuer l'hémorrhagie. A propos des *épistaxis* (*Voy.* ce mot), j'ai alé dans ma première édition la possibilité de confondre avec une hémaese véritable le vomissement de caillots sanguins provenant d'une épistaxis le sang serait successivement dégluti pendant le décubitus du malade, ubitus qui empêcherait l'hémorrhagie de se faire au dehors par les narines. is observé ce fait dans le courant d'une fièvre typhoïde grave. Or, la cona été commise en 1863, et l'hématémèse signalée à ce propos comme plication de la fièvre typhoïde observée pour la première fois. Mais le maqui mourut à la suite de cette prétendue hématémèse au huitième jour de aladie, avait eu des épistaxis au début, et après la mort l'estomac fut trouvé itement sain, à part une congestion qui existait aussi dans les autres res (*Bull. de la Soc. méd. d'Amiens*, 3[e] année). Ce fait était donc une e hématémèse, analogue à celle que j'avais observée.

CANCER de l'estomac avancé paraît être la condition la plus fréquente de strorrhagie. En seconde ligne se placent les *ulcérations simples* de mac, avec lesquelles on ne constate pas l'état cachectique dépendant du r, mais, comme antécédents, une dyspepsie douloureuse et des vomisses de matières analogues à du marc de café (*Voy.* ULCÉRATIONS de l'esto). Dans des cas exceptionnels, il y a eu rupture d'une tumeur voisine dans mac, et le plus souvent d'un anévrysme. On a cru à des hématémèses pros par des sangsues avalées par mégarde dans les cours d'eau des pays chauds; Baizeau, qui a étudié cette cause d'hémorrhagies en Algérie, ne croit u'il y ait d'exemple authentique de pénétration de sangsues plus profondét que dans la partie la plus déclive du pharynx, le sang dégluti dans

l'estomac, puis rejeté par le vomissement avec la sangsue fixée à l'al pharynx en ayant imposé pour une hématémèse due à une sangsue fixé muqueuse stomacale (*Mém. cité*).

La condition pathologique de l'hémorrhagie stomacale sera plus di déterminer lorsque cette hémorrhagie sera le premier symptôme (C'est ce qui a lieu dans les cas de ruptures de *varicosités veinei* occupent parfois l'intérieur de l'estomac, de même que l'œsophage, le et la bouche. P. Frank pense que la présence de ces varices dans la bo le pharynx doit faire supposer que la même lésion existe dans l'estoi survient une gastrorrhagie qui ne paraît devoir se rattacher à aucu cause.

Enfin on n'oubliera pas que cette hémorrhagie constitue une des es plus fréquemment observées des hémorrhagies multiples, et qu'ell phénomène grave de la fièvre pernicieuse dite *gastrorrhagique*.

f. — Les signes auxquels on reconnaît, dans la plupart des cas, que *est expulsé des voies respiratoires*, ou qu'il y a *hémoptysie*, varien que sa quantité est médiocre ou très-abondante à un moment donné, peu considérable.

Dans le cas où sa quantité est *médiocre*, son aspect rutilant et s puis la toux qui le chasse au dehors, suffisent au diagnostic et peuv considérés comme pathognomoniques.

Ces signes manquent malheureusement quelquefois, si l'hémorrh *rapidement très-abondante*. Alors le sang liquide et non mousseux p irruption à la fois par la bouche et par le nez, et provoquer des e vomissement en traversant le pharynx. C'est ce qui arrive d'ailleurs da hémorrhagie analogue par sa soudaineté et son abondance, et qui en pharynx, quelle que soit sa source. Ici une exploration attentive des respiratoires pourra venir parfois en aide pour la localisation de l'hém dans ces organes, comme un examen semblable peut le faire pour les mais il y a des cas dans lesquels l'examen le plus minutieux, qu'il fa leurs faire avec beaucoup de réserve, de peur d'aggraver l'hémorrhagie constater aucune lésion organique, et le doute est grand. Le diagn exclusion est encore ici d'une réelle utilité. La fréquence incompara plus grande des hémorrhagies des voies aériennes comparées à ce voies digestives supérieures (pharynx, œsophage, estomac) devra, dans l être d'un certain poids pour la formule du diagnostic.

Si le sang, au lieu d'être abondant, est *en petite quantité*, il es ment mélangé aux crachats, que j'ai décrits ailleurs à ce point de vu p. 252).

Parmi les *conditions pathologiques* de la pneumorrhagie médiocreme dante ou très-abondante, il est une affection à laquelle il faut immédi songer ; ce sont les *tubercules pulmonaires*. Non pas que l'existence de cules soit la seule condition pathologique de l'hémoptysie, mais elle e ment fréquente relativement aux autres maladies qui en sont aussi l que l'on doit de prime abord se poser la question de la tuberculisi poumon. On a lieu d'être surpris qu'on ait voulu amoindrir à cet égard l séméiologique de l'hémoptysie devant les résultats si précis de l'observ Louis (*Rech. sur la phthisie*). Ces résultats sont d'autant plus importa l'hémorrhagie peut être le premier et l'unique signe des tubercules naires. Dans certains faits, comme celui qui a été d'abord observé par Cotton, l'hémoptysie très-abondante peut être due à la rupture d'un *ané*

n, et comme j'ai pu moi-même le vérifier. Des *sangsues avalées* par peuvent se fixer dans le larynx et occasionner des accidents de suffo- sphyxique accompagnés d'expectoration sanguine plus ou moins abon- aizeau). Une hémorrhagie semblable peut être aussi la conséquence de re d'une tumeur hydatique dans les bronches (Davaine, *Traité des En-* s). Enfin Lebert, de Breslau, dans un cas de *pleurésie double*, a cons- crachats sanguinolents, mais d'un jaune brun, extrêmement fétides, et montrèrent au microscope aucune cellule du sang, mais seulement, à nombrables cellules de pus, un grand nombre de cristaux d'hématoïdine ing), soit les cristaux d'un beau rouge en forme de prismes rhomboïdaux, en forme d'aiguilles, isolés ou réunis en faisceaux. On y trouvait, en es corpuscules amorphes très-petits, d'une matière colorante bleue, qui s rare dans les hémorrhagies (*Mém. de la Soc. de biol.*, et *Gaz.* 866). Lebert a donné le nom d'*hématinoptysie* à cette variété d'hé- . Perrond (*Gaz. méd. de Lyon*, 1868) a rapporté trois faits nouveaux nement pleuro-hématique, avec fausses membranes dont les vaisseaux elle formation ont fourni la matière colorante.

ıeumorrhagie est parfois symptomatique des *lésions organiques des circulatoires* contenus dans la poitrine. Les unes, comme les ané- de la crosse de l'aorte, établissent une communication (par rupture) s cavités circulatoires et les voies aériennes; les autres (rétrécissement ces du cœur) agissent en mettant obstacle au cours régulier du sang, t sourdre à travers la muqueuse bronchique. — Enfin je dois rappeler mel a constaté l'expectoration sanguinolente comme symptôme d'hé- ie spontanée de la *plèvre* et du *péricarde*, affections d'ailleurs extrê- rares (p. 493).

l'influence des causes générales d'hémorrhagie que j'ai énumérées pré- ent, l'hémoptysie peut se montrer comme les autres hémorrhagies, faut lui donner avec réserve cette signification générale, vu l'extrême

fécales, à leur couleur ou à tout autre indice, on doit, comme le recomm Fr. Hoffmann, verser le liquide contenu dans le vase qui contient les déjecti jusqu'à ce qu'il n'y reste que les dernières parties, auxquelles on ajoute une petite quantité d'eau. Cette eau rend au sang sa couleur rouge. J'aj que l'examen microscopique, en démontrant la présence des globules ou autres éléments du sang dans le liquide, lèvera tous les doutes.

Il est certain que, dans tous les cas d'hémorrhagie par l'anus, le sang vient de l'intestin, qu'il y soit versé par un autre organe ou fourni par le intestinal lui-même. La première question qui se présente est donc d'établ l'hémorrhagie est rectale, si son point de départ est situé plus haut, dans le intestin, dans l'intestin grêle, ou plus haut encore, dans les voies digestive périeures, et enfin si le sang a son origine dans un organe voisin du tube dig

a. — *Le sang qui vient du rectum* en certaine quantité est liquide, ou moins vif, et il s'écoule parfois librement à l'extérieur, sans effort de cation ; sa sortie est ordinairement précédée de signes de congestion et vent suivie de soulagement; enfin, dans la plupart des cas, l'exploration rectum révèle des lésions qui expliquent l'hémorrhagie.

Les *hémorrhoïdes*, des *ulcérations* (le plus souvent syphilitiques), un ca rectal et enfin un *corps étranger* introduit dans le rectum, peuvent être l' gine de l'évacuation du sang.

b. — Lorsque *le sang est fourni par le gros intestin*, au-dessus du rec ou bien il est spumeux et mélangé de mucus, ou bien il recouvre les mat fécales rendues d'abord comme d'une espèce de vernis d'un rouge noirâtre plus, si les matières fécales sont liquides et que l'hémorrhagie soit très-peu dante, il peut n'y avoir que des stries sanguines. Mais ces particularités loin d'être absolues, car les matières peuvent les présenter en traversant le tum contenant un peu de sang, et en définitive c'est surtout en diagnostiq au niveau du gros intestin une maladie qui peut donner lieu à l'hémorrh de cette partie des organes digestifs, que l'on arrivera aux probabilités le m contradictoires.

La *diarrhée chronique* ulcéreuse avec des selles présentant des stries sang, la *dysenterie* avec ses garderobes spumeuses et sanguinolentes ca téristiques, une tumeur *cancéreuse* occupant l'une des extrémités du côlo reconnue ou soupçonnée par suite de la coïncidence de l'entérorrhagie et signes de la cachexie cancéreuse, une *invagination* du gros intestin l'on sent quelquefois au toucher rectal, de même que des *entérolithes* des faits rares : telles sont les affections qui peuvent déterminer des hémorr gies du gros intestin.

c. — Lorsque l'*intestin grêle* est le siége de l'hémorrhagie, a-t-on dit, matières fécales sont d'abord rendues sans traces de sang, puis le sang p après leur expulsion. Mais ces particularités ne peuvent être constatées q moment de la première expulsion du sang; c'est donc un signe qui éch très-facilement à l'attention du malade et du médecin.

Les seules hémorrhagies que l'on puisse rattacher avec certitude à une lé des intestins grêles sont celles qui surviennent dans le cours de l'affec typhoïde. Les entozoaires y produisent rarement des hémorrhagies assez ab dantes pour pouvoir être constatées dans les déjections.

d. — *Le sang provient-il de l'estomac*, qu'il ait été directement ou ind rectement épanché dans cet organe ? Pour décider la question, il faut av constaté d'abord que du sang s'est accumulé dans l'estomac et le trouver tar vement (le lendemain, par exemple) dans les selles, où il est intimement co

ıgé de pus ou d'autres éléments contenus dans la tumeur, des par exemple, démontrent parfaitement le siége anatomique de l'hé-
Un cas exceptionnel d'entérorrhagie est celui qui précéda l'expul-anus d'un fœtus et d'un placenta provenant d'une grossesse extra-lliter, *Med. Times and Gaz.*, 1853). Il est plus ordinaire de voir la ı sang couleur chocolat, ayant par conséquent séjourné longtemps ıisseaux, confirmer le diagnostic d'une hématocèle si l'on en a déjà l'existence. La rupture d'un anévrysme dans l'intestin produit des mortels, habituellement trop rapides pour pouvoir être constatés. il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. E. Chauffard a observé ieu un fait extrêmement intéressant dans lequel l'hémorrhagie se ı différentes reprises, quoiqu'elle eût pour origine un anévrysme de ısentérique supérieure communiquant avec le duodénum. Mais cette ıtion s'était faite sous les couches de caillots contenus dans la poche le, et s'opposant à la continuité de l'hémorrhagie. Aussi, malgré les bants de la nature anévrysmatique de la tumeur abdominale (batte-ıffle rude limité), on dut faire des réserves (*Bulletin et Mém. de la éd. des hôpit.*, 2e série, t. I, 1865).
l'entérorrhagie qui dépend d'une des maladies générales aiguës ou ; que j'ai rappelées précédemment, et qui est indépendante de toute le secondaire, la constatation préalable de l'une de ces affections à de toute autre, fera soupçonner quelle est l'origine de l'hémorrhagie, ıeut expliquer que par une simple exhalation de la muqueuse.

ıRRHAGIES PAR L'URÈTRE.

ırends ici toutes les hémorrhagies qui ont pour résultat l'expulsion ır le canal de l'urètre.

qui est expulsé par ce canal s'écoule pur et indépendant de l'urine, est mélangé à ce liquide, soit par caillots fibrineux, vermiformes ou qui gênent la miction, ou qui se déposent au fond du vase qui

peut, comme le conseille Rayer, remplir avec l'urine un tube long de ci
six pouces et dix lignes de diamètre; par le repos, le petit nombre de glo
qu'elle contient se précipite au fond du tube, où ils forment un dépôt rou
qui surmonte les autres éléments du sédiment, et notamment le pus, l
existe; de plus, ces urines sont chargées d'albumine provenant du sang.

Une précaution indispensable à prendre avant de se prononcer sur l
de l'hémorrhagie est de bien s'assurer, chez la femme, que le sang est so
l'urètre. Les hémorrhagies utérines, menstruelles ou autres, peuvent être c
dues d'autant plus facilement avec celles qui se font par l'urètre, que ce
nières sont relativement très-rares. Une simple lotion des parties génitales p
suffire pour constater que c'est bien réellement par l'orifice urétral que
sang. D'autres fois, on n'en aura la certitude qu'en ayant recours au cathét
qui permet au sang ou plutôt à l'urine sanguinolente de s'écouler par la

Dans quelle partie des voies urinaires s'épanche le sang avant
montrer au dehors? C'est ce qu'il est extrêmement difficile de décider
du malade, car les caractères par lesquels on a voulu distinguer l'hémor
des reins de celles de l'uretère ou de la vessie sont insuffisants dans un
grand nombre de cas, ces caractères étant en général plutôt théoriqu
cliniques.

a. — *Lorsque le sang est fourni par l'urètre* lui-même, il s'écoul
goutte à goutte, sans effort de miction, et, si l'on fait uriner le malade, l'
dont le premier jet seul est sanguinolent, coule ensuite de plus en
claire, en occasionnant une douleur dans le canal de l'urètre. Cepe
lorsque l'hémorrhagie siége près du col de la vessie, le sang peut reflue
cet organe et donner lieu aux signes d'une hémorrhagie plus profonde.
constatation de la condition organique habituelle de l'hémorrhagie de l'
la *blennorrhagie*, permet, avec l'écoulement goutte à goutte du sang
d'éviter l'erreur.

b. — *Lorsque le sang provient de la vessie*, il sort avec l'urine :
le signe pathognomonique de cette provenance. Mais le sang qui est ain
langé à l'urine dans la vessie n'a pas toujours son point de départ dans l'
vésical lui-même. L'urètre, comme on vient de le voir, les uretères et
les reins peuvent aussi le fournir; mais, il faut le reconnaître, il n'y a
ment aucun signe particulier d'où puisse résulter la certitude que le s
fourni ou non par la vessie, qu'il y a en un mot *cystorrhagie*. Il ne p
avoir à cet égard que des probabilités résultant de l'état apparent du sang
l'on a dit être alors en caillots assez volumineux et irréguliers, et de la c
tation d'une affection locale de la vessie, une *cystite* simple ou canthari
un *calcul*, un *cancer*. Il n'y a parfois que des *varices* de la muqueuse vé
Enfin Mercier croit que l'hémorrhagie peut être l'indice de dépôts phosph
sur la muqueuse, dépôts qui donneraient, sous le cathéter, la sensation
surface rugueuse, sans la résistance d'un calcul (*Soc. de méd. prat.*,

c. — Le siége de l'hémorrhagie *dans l'uretère* n'a jamais pu être di
tiqué pendant la vie dans les faits qui ont été observés. Les caillots vermi
décolorés et canaliculés qui ont été expulsés peuvent, en effet, avoir été
par le sang venu des reins.

d. — Quant à l'hémorrhagie rénale ou *néphrorrhagie*, elle a pu sans
être reconnue pendant la vie, mais indirectement, et par la constatati
lésions qui peuvent la produire. Une seule particularité la rend probable to
fois que du sang est expulsé dans l'urine : l'observation a démontré que,
presque tous les cas de cette expulsion, le sang est fourni par les reins.

nditions pathologiques de la néphrorrhagie sont nombreuses. La *simple*, selon Rayer (ce qui n'est pas généralement admis), mais sur-*phrite* ou plutôt la *pyélite* calculeuses, la *maladie de Bright* aiguë, *le* et le *cancer* du rein suscitent cette hémorrhagie. On a encore signalé ıuses de néphrorrhagie les *abcès*, les tumeurs *hydatiques* du rein, les (?), et l'ingestion de certaines substances médicamenteuses, telles *ınthарides*, et quelquefois le *copahu*, le *baume du Pérou* et la *téré-* . Enfin on a admis des néphrorrhagies se rattachant aux maladies gé-ont il a été question (p. 479), et une néphrorrhagie fébrile, particu-rtaines contrées (*hématurie des îles de France*) et considérée comme e, quoiqu'il soit démontré aujourd'hui qu'il y a des lésions rénales, et ·y ait trouvé dans l'urine d'un hématurique, au cap de Bonne-Espérance, et un embryon de distome hœmatobie (*Voy.* ENTOZOAIRES, p. 366, et RHAGIE).

ɪnfin on ne pourra qu'indirectement reconnaître aussi que le sang versé partie des voies urinaires est dû à une tumeur ou à une lésion voisine que tate d'abord.

sauf le cas où l'urètre même est le siége de la perte de sang, on doit 'appuyer, dans la détermination du siége des hémorrhagies qui se font re, sur le diagnostic préalable des maladies locales ou générales qui origine.

IORRHAGIES PAR LE VAGIN.

trorrhagies ou hémorrhagies utérines constituent presque à elles seules ; de sang par le vagin. Ces pertes de sang sont faciles à constater, car est jamais altéré au point de ne pas être reconnaissable à ses caractères s. Mais ce qu'il est difficile souvent de préciser pendant la période de uation, c'est le caractère vraiment pathologique de certains flux mens-ıs abondants ou plus prolongés que de coutume. Des opinions contra-ont été émises sur ce point. Le sang du flux menstruel est ordinaire-de ; la présence de caillots plus ou moins nombreux est donc un bon flux sanguin trop exagéré pour être physiologique.

nk admet comme hémorrhagies qu'il appelle *menstruelles*, les flux ls qui sont beaucoup plus abondants qu'ils ne doivent l'être, que la rapide et courte, ou lente et prolongée, ou due au retour trop fréquent ɪ, et qui constituent la *ménorrhagie*. Pour lui, ces hémorrhagies sont ıées par des troubles fonctionnels immédiats ou consécutifs propres aux gies en général. Grisolle a adopté cette opinion. En dehors des épo-ıstruelles ou assez longtemps après la cessation complète de la mens-il y a hémorrhagie évidemment pathologique.

en par le toucher et surtout avec le spéculum est indispensable pour ıaître le siége de l'hémorrhagie dans l'utérus ou dans le vagin. — Dans r cas (le plus ordinaire), on peut voir, à l'aide du spéculum, sourdre le orifice utérin, après que l'on a étanché le col. Celui-ci présente quel-ıe lésion dont la présence explique l'hémorrhagie utérine. Lorsqu'il est t entr'ouvert, et s'il s'agit d'une femme robuste et d'une hémorrhagie ınte, il est plus ou moins volumineux, mou et un peu chaud au toucher; raire la femme est débilitée, soit déjà par l'hémorrhagie, soit par toute e, le col est mou et spongieux (Valleix).

l'hémorrhagie a son point de départ dans le vagin, ce qui est très-rare, ir, à l'aide du spéculum, sourdre le sang de la muqueuse alors altérée. *ite aiguë*, les granulations et surtout le *cancer* du col utérin sont les

conditions organiques locales de la métrorrhagie les plus fréquentes et les faciles à reconnaître. Viennent ensuite les *polypes* et les *corps fibreux* qui ne sont constatés que lorsqu'ils ont déjà acquis un certain développ C'est surtout chez les femmes âgées ou qui ont passé l'âge dit critique hémorrhagies utérines feront soupçonner l'existence d'un cancer; tandis chez les femmes plus jeunes, une hémorrhagie abondante avec douleurs survenant après le retard évident ou l'absence d'une et surtout de pl époques menstruelles, devra faire penser à un *avortement*. Dans ce c recherchera avec soin dans les caillots de sang le produit de la conception l'on pourra quelquefois sentir au toucher faisant saillie à l'orifice du col pendant son expulsion. On pourrait de même sentir l'*insertion du placen le col utérin*, lorsque des métrorrhagies abondantes surviennent dans les niers mois d'une grossesse jusque-là normale.

On conçoit combien il est nécessaire d'explorer les organes génitaux tous les cas d'hémorrhagies qui y siégent. L'exploration permettra de co les lésions du vagin, s'il en existe : soit des *ulcérations*, soit, suivant des *varices*. Cette exploration fera trouver quelquefois la cause de l' rhagie hors de l'utérus, comme une tumeur due à une *hématocèle*, ou à *grossesse extra-utérine* qui s'accompagne si fréquemment de métrorrh persistantes. Enfin on ne devra pas oublier que Demarquay a observé fré ment des métrorrhagies opiniâtres dont l'origine doit être souvent méco et qui sont provoquées, non par une affection utérine, mais par une infla tion se localisant dans un point circonscrit des annexes, la trompe, le lig large ou l'ovaire. Il a vu des hémorrhagies de ce genre diminuer, puis après l'évacuation spontanée ou provoquée de la collection purulente. Ri a observé des faits de ce genre, et Rousseau en rapporte plusieurs autres confirmation par l'autopsie (*Thèse* de doctorat, 1867).

G. Hémorrhagies par la peau ou certaines muqueuses.

L'hémorrhagie de la peau, comparée avec raison à une *sueur de sang* la dénomination d'*hématidrose*), est extrêmement rare, mais facile à con Le sang étant enlevé sur la partie qu'il occupe, on le voit sourdre de no sans qu'il y ait la moindre trace de lésion. Il est fourni par les capillaire glandes sudoripares. Parfois, sur le cuir chevelu, par exemple, il se for caillot irrégulier qui fait croire d'abord à une plaie qui n'existe pas. Cette e d'hémorrhagie a lieu, en effet, sans lésion locale, et elle n'a été constaté dans des maladies donnant lieu à des hémorrhagies multiples. Rengade et naud ont noté l'hématidrose s'effectuant par la paume des mains et par les ties génitales, comme accident des accès épileptiques.

Des hémorrhagies analogues se font au niveau de certaines membranes queuses ou qui se rapprochent des muqueuses : par la *conjonctive ocul* par le *conduit auditif*, par les *pores du mamelon*. On ne confondra p première de ces hémorrhagies avec l'écoulement de sang qui peut suinter les points lacrymaux, dans certaines épistaxis, après le tamponnement des f nasales.

II. Hémorrhagies confinées dans les organes.

Les hémorrhagies dont il vient d'être question, et dont le sang s'ép dans les voies naturelles, ne sont pas toujours suivies de son expulsion au hors. C'est ce qui arrive : pour certaines épistaxis dans les fièvres graves, lo le sang est dégluti dans l'estomac pendant le décubitus; dans certaines ga rhagies ou entérorrhagies; dans des hémorrhagies de la vessie, des bassi des uretères, lorsqu'il y a obstacle à la sortie du sang; dans la rétention

des règles accumulé dans l'utérus, lorsqu'il y a obstruction des voies gé-

ces différentes circonstances, il arrive que le sang est en trop petite té pour donner lieu à des symptômes particuliers, ou bien que sa quantité nsidérable. Dans ce dernier cas, on peut avoir à constater les signes déjà lés des hémorrhagies subitement abondantes (p. 478), auxquels se joignent d'autres symptômes, suivant l'organe affecté. C'est ainsi que la gas-gie aurait été reconnue aux signes généraux d'une hémorrhagie avec é épigastrique et distension de l'estomac. La multiplicité des symptômes même suffire pour constituer une maladie, comme dans les rétentions du enstruel, dont le diagnostic a dû être traité à part (*Voy.* RÉTENTIONS).

y a encore d'autres hémorrhagies qui ne sont plus accidentellement, mais ment confinées à l'intérieur des organes, soit dans des cavités closes natu-s, comme les séreuses, soit dans la trame même des organes. Parmi ces diffé-s hémorrhagies, beaucoup sont caractérisées par des phénomènes sympto-ues trop nombreux, par une marche trop caractéristique et par des com-ions trop bien accusées pour ne pas constituer de véritables maladies. avant d'exposer leur diagnostic, j'élimine d'abord les hémorrhagies les, qui sont de simples *lésions anatomiques*, et qui constituent certains bements apoplectiques dont le diagnostic est impossible pendant la vie, e les apoplexies du foie, de la rate, des reins. Je mentionne ensuite seu-t les petits épanchements sanguins sous-épidermiques qui caractérisent RPURA et les PÉTÉCHIES, ceux plus considérables qui forment des tumeurs ines sous-cutanées ou intra-musculaires, comme dans le *scorbut*, dans ophilie, la *cachexie splénique,* la *fièvre jaune*, et même dans la *fièvre oïde*, comme on l'a vu chez un enfant.

rmi les hémorrhagies confinées dans les organes et qui constituent autant aladies, il en est qui ne méritent qu'une courte mention en raison de leur é et de l'obscurité de leurs symptômes; d'autres au contraire sont pour la rt des affections importantes, qui réclament une attention particulière. Des rrhagies très-rares et peu connues sont celles de la plèvre et du péricarde. *la plèvre*, une oppression croissante, survenue rapidement, avec fai-, sueurs froides, défaillances, un son mat rendu par un côté de la poi-l'absence du bruit respiratoire, des signes d'une pleurésie ou d'une onie, et une hémoptysie concomitante, pourraient, suivant Chomel (*Dict. éd.* en 30 vol., t. XV, p. 172), faire soupçonner l'hémorrhagie pendant la Le même observateur a vu une *hémorrhagie considérable du péricarde* ire l'orthopnée, l'inégalité et l'irrégularité du pouls, l'insensibilité des ents du cœur à la main, l'œdème général et quelques crachats rou-(*ibid.*).

maladies hémorrhagiques plus importantes dont il me reste à parler sont: orrhagies du cerveau, de la moelle ou du poumon, qui s'effectuent dans nchyme de ces organes, et celles qui envahissent les séreuses cérébro-dienne et abdominale, c'est-à-dire l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, torachis, et les hémorrhagies intra-péritonéales. De ces dernières, qui dant ne méritent pas toutes la qualification de maladies, je rapprocherai orrhagies sous-péritonéales.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

obée dans les affections diverses que les anciens comprenaient sous la ation d'*apoplexie* cérébrale, l'hémorrhagie du cerveau a pu en être iso-me maladie distincte, grâce à l'anatomie pathologique, non-seulement par

le fait de la lésion qui caractérise cette hémorrhagie, mais encore par ses particularités symptomatiques. Je traiterai, dans le cours de ce qui va suivre, le diagnostic de ses différentes variétés suivant son siége dans le cerveau proprement dit, dans le cervelet ou la protubérance, en rappelant les signes distinctifs de ces diverses variétés, lorsqu'il en existe.

La question diagnostique de l'hémorrhagie cérébrale n'a pas été aussi bien étudiée que sa question anatomique, qui a été élucidée par les travaux de Ro... Rostan, Andral, Abercrombie, Durand-Fardel, etc., puis plus récemment par les recherches importantes de Charcot et Ch. Bouchard.

L'hémorrhagie cérébrale a toujours lieu par rupture vasculaire. Mais comment se fait cette rupture? Charcot et Ch. Bouchard ont démontré qu'elle ... le plus souvent d'une périartérite diffuse des artérioles du cerveau, d'o... atrophie avec sclérose de la tunique moyenne, et production secondaire d'anévrysmes *miliaires*, dont la rupture est la cause déterminante de l'hémorrhagie cérébrale. Ces petits anévrysmes, visibles à l'œil nu, sous forme de petits ... globuleux de deux dixièmes de millimètre à un millimètre et plus de di... et qui se rompent à la moindre pression, se trouvent ouverts dans les par... foyers récents, et ils existeraient constamment dans les cerveaux qui offrent des restes d'anciennes hémorrhagies (*Arch. de physiol.*, 1868. Charcot, *L... sur les malad. des vieill.*, 2e série, 1869). Les recherches plus anciennes fai... intervenir l'athérome, reconnu aujourd'hui comme étant un produit de l'e... rite (Lancereaux, *Dict. encyclopéd.*, t. VI, 1867). L'athérome, comme cau... disposante des hémorrhagies cérébrales, devrait, selon Charcot, céder la ... aux anévrysmes miliaires résultant de la périartérite. Le processus de la dé... ration athéromateuse ou graisseuse se caractérise par une hyperplasie ou ... qui diminue intérieurement le calibre de l'artère, ce qui donne lieu, non à ... morrhagie, mais au RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. Charcot doute de l'influence ... ces athéromes sur la production des anévrysmes en général, qu'il attribue à l'... phie de la tunique artérielle moyenne. Telle est la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale formulée par les recherches les plus modernes. Les anévrysmes mi... doivent-ils faire réellement rejeter l'influence des athéromes dans les ra... des hémorrhagies intra-cérébrales? C'est ce que nieront certains observateurs jusqu'à preuve contraire suffisante. La rupture des artérioles affectées de ra... lissement granulo-graisseux, qui n'est qu'un degré du processus de certains ... romes, pourrait être invoquée comme cause.

1° *Éléments du diagnostic.* — On peut résumer en peu de mots les ... ments du diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, sauf à discuter et à ... pléter ses particularités à propos des inductions diagnostiques.

Après des prodromes de congestion vers la tête, qui peuvent d'ailleurs ... défaut, l'invasion ou l'attaque *a lieu subitement* par un *vertige*, une *per... connaissance* ordinairement complète, et la *chute* du corps, soit par le fait de l'étourdissement, soit par le fait de la *paralysie du mouvement* et du *s... ment*, paralysie ordinairement *hémiplégique* avec déviation de la face, ... pant souvent aussi la *vessie* et le *sphincter de l'anus*, alternant parfois ... des convulsions et atteignant immédiatement toute son intensité. Cette pa... persiste dans les cas où il y a amendement des autres symptômes, pour ne ... paraître elle-même que d'une manière graduelle et plus ou moins lente.

Ces accidents de l'hémorrhagie cérébrale peuvent être foudroyants et ... sionner la mort en moins de cinq minutes; mais le plus souvent ils se p... gent : tantôt pendant un ou plusieurs jours, après lesquels la mort survient ... le *coma* qui a succédé à la perte de connaissance; tantôt la perte de con...

cesse, les autres symptômes s'amendent et la paralysie persiste plus ou longtemps, parfois même indéfiniment.

Inductions diagnostiques. — Si l'hémorrhagie cérébrale avait toujours une sion symptomatique identique, il serait difficile de la méconnaître. Malheu- ement il n'en est pas ainsi. La prédominance de certains symptômes et l'atté- n des autres donnent à la maladie des allures diverses qui en rendent le ostic plus ou moins difficile. De plus, la perte subite de connaissance suivie te avec paralysie se rencontre quelquefois avec d'autres lésions cérébrales. bord la perte de connaissance est quelquefois *incomplète* et ne consiste un simple *étourdissement*, sur lequel Rochoux a insisté avec raison, et onne au malade un air d'étonnement et d'hébétude qui ne se dissipe qu'avec r; d'autres fois il y a véritablement perte de connaissance, mais elle se e entièrement en peu d'heures ou en quelques instants. Parfois le malade t au moment de l'attaque une douleur très-vive de déchirement dans le u, ce qui prouve qu'il ne perd pas alors tout *sentiment;* il peut aussi ses jambes fléchir, et, *avant de tomber* comme une masse inerte, avoir ps d'appeler du secours.

paralysie est un des symptômes qui méritent le plus d'attention. Durand- l a insisté sur ce fait qu'elle débute brusquement et qu'*elle acquiert édiatement toute son intensité*, pour ne décroître ensuite que d'une ma- graduelle. On n'oubliera pas non plus qu'elle ne consiste pas toujours en hémiplégie, et que, dans des cas rares, elle est *générale* (mais alors même prononcée d'un côté que de l'autre) ou *limitée* à un seul membre, à la à la langue. Dans la paralysie de la langue, qui est ordinairement déviée té atteint d'hémiplégie, les efforts inutiles que fait le malade pour parler très-remarquables La paralysie du côté de la face correspondant ordinai- t à celui de l'hémiplégie est un élément diagnostique qui, joint à la stu- , a été considéré comme plus important que l'hémiplégie elle-même.

marche de la maladie est variable, comme je l'ai dit plus haut; mais sous pport l'hémorrhagie cérébrale présente deux conditions qui ont une cer- importance. C'est l'état du malade lorsque les accidents paralytiques per- t longtemps, et la tendance aux récidives.

ndant la persistance longtemps prolongée de la paralysie, qui diminue plus ement au membre inférieur qu'au membre supérieur, et où les mouve- s et la sensibilité reviennent aussi plus tôt, le malade a un aspect particu- : l'hébétude, l'hémiplégie faciale, la difficulté de la parole, la béance de la he qui laisse écouler habituellement la salive, l'atrophie des membres para- et la marche en fauchant (*Voy.* PARALYSIES), constituent, en effet, un en- le des plus caractéristiques.

s récidives présentent cette particularité que les prodromes congestifs de orrhagie, qui ne peuvent être d'une utilité réelle pour faire prévoir une ère attaque, ont une certaine valeur, au contraire, pour annoncer l'immi- e d'une nouvelle attaque. Les bouffées de chaleur à la tête, la coloration e de la face, un peu de céphalalgie ou de pesanteur de tête, des étourdis- s, des troubles de la vue et de l'ouïe : tels sont les principaux de ces omes.

ant aux *causes* de l'hémorrhagie cérébrale, elles sont très-rarement appré- s et ne peuvent guère éclairer le diagnostic. Il ne faut pas attacher une ance exagérée à la constitution dite *apoplectique* (cou court, embon- , face colorée, apparence robuste et pléthorique). Rochoux l'a rejetée e prédisposition (*Rech. sur l'apoplexie,* 1814, p. 215), mais elle a été

constatée par Durand-Fardel dans *plus de la moitié des cas*. Néanmoins, le praticien qui est au lit du malade, la question de fréquence de cette c tution importe peu, puisque l'hémorrhagie a été rencontrée dans toutes les ditions de tempérament et de constitution, et même à la suite d'une accidentelle (*Voy.* p. 59). On a signalé comme des causes occasionnelles morrhagie cérébrale, les *grands efforts musculaires*, les *coups* et les mais ces causes n'agissent le plus souvent sans doute que lorsqu'il y a tence d'une des lésions vasculaires qui sont rappelées plus haut : anév miliaires, affaiblissement granulo-graisseux des parois des vaisseaux, romes (?). Quant à l'influence de l'âge, la maladie est incomparablement fréquente au-delà de cinquante ans et dans la vieillesse que dans les âges rieurs.

Dans le premier âge (enfants à la mamelle), l'hémorrhagie cérébrale est rare et ordinairement latente (Valleix). Cependant Vernois a observé un présenta les symptômes que l'on observe chez l'adulte. Chez les enfants âgés (Barthez et Rilliet, *Traité des malad. des enfants*), cette hémorr est le plus souvent secondaire et méconnue pendant la vie; des convulsions l'agitation, du coma, et presque jamais la paralysie, ont été alors observés.

Le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à préciser entre l'hé rhagie cérébrale et la plupart des affections cérébrales ou arachnoïdi aiguës qui peuvent avoir une apparence apoplectiforme. Durand-Fardel ra à ce propos deux des caractères essentiels de l'hémorrhagie cérébrale : début instantané et la marche décroissante; 2° l'hémiplégie ou paralysie tielle. Lors donc que l'on remarquera soit une marche même très-légère croissante d'accidents apoplectiformes, ou bien une résolution générale membres au lieu d'une hémiplégie, il y aura déjà une forte présomption l'on n'a pas affaire à une hémorrhagie cérébrale. De plus, dans cette hé rhagie, la durée des accidents est en raison inverse de leur gravité appa

Dans la *congestion* avec accidents subits qui constituent le coup de sang y a hémiplégie, le diagnostic différentiel est uniquement subordonné à la des accidents, qui sont passagers dans le cas d'hyperémie; s'il y a *résol* *générale* des membres, il y a lieu de penser qu'il ne s'agit aussi que congestion, à moins que l'on n'ait affaire à une hémorrhagie très-considér mais dans ce dernier cas, il y a ordinairement un côté plus paralysé que l' et la paralysie peut alterner avec de la contracture ou des convulsions. congestion simple se développe graduellement et sans symptômes paralyti il est évident que la confusion n'est pas possible.

Le *ramollissement cérébral* aigu dans sa forme apoplectique ne peut très-difficilement se distinguer d'une hémorrhagie cérébrale. Rochoux le mier a signalé ce fait dès 1812 (*Thèse*); mais c'est à Durand-Fardel qu'on doit la démonstration. De son propre aveu, rien dans les prodromes, lorsqu' existe, ni dans le début, ne peut séparer les deux affections au point de vu la séméiologie, et il en est de même de leur marche et de la plupart des sy tômes considérés isolément. Certaines circonstances sont bien plus particu au ramollissement qu'à l'hémorrhagie, mais non d'une manière exclusive sorte que le doute est toujours permis. La conservation de l'intelligence, exemple, avec hémiplégie subite et persistante, des petits mouvements con dans le commencement d'une attaque apoplectiforme et la conservation sensibilité signalés comme signes du ramollissement se rencontrent aussi des cas d'hémorrhagie. Cependant l'exaltation de la sensibilité n'a pas été contrée avec l'hémorrhagie, tandis qu'elle l'a été comme symptôme de ra

ment, mais principalement de celui à marche graduelle. Enfin un autre de ramollissement, la *contracture*, sur laquelle on a tant insisté qu'elle être devenue un signe distinctif classique entre le ramollissement et orrhagie, est loin d'avoir la valeur qu'on lui a attribuée, puisque, d'après levés de Durand-Fardel, elle serait plus fréquente dans l'hémorrhagie (les tiers des cas) que dans le ramollissement (un quart des faits).

ici dans quelles limites la contracture peut servir à différencier les deux dies. Dans l'hémorrhagie cérébrale, la contracture annonce la rupture foyer sanguin considérable dans les ventricules latéraux (E. Boudet, *Mém. l'hémorrhagie des méninges*, 1839), et s'accompagne par suite des signes compression considérable du cerveau; tandis qu'avec la condition opposée symptômes apoplectiques légers) la contracture pourra être rattachée à un llissement (Durand-Fardel).

émorrhagie de l'arachnoïde pourrait être confondue avec l'hémorrhagie rale; cependant on a indiqué le développement graduel des accidents, lorsqu'elle est rapide (Andral), la contracture, les convulsions, et l'intere des symptômes (E. Boudet), comme la séparant de l'hémorrhagie cérédans la plupart des cas, d'une manière assez précise.

n on a signalé un cas exceptionnel de *méningite* dont les caractères du (étourdissement, hémiplégie) ont été confondus avec ceux de l'hémorrharébrale (Rostan), et dans lequel la fièvre aurait pu mettre sur la voie du stic, selon Durand-Fardel.

émorrhagie cérébrale une fois admise, la première question du diagnostic émentaire qu'il s'agit de résoudre est celle du *siége* et de l'*étendue* de rrhagie.

sait que, dans l'immense majorité des cas, l'hémorrhagie occupe le côté rveau opposé à celui de l'hémiplégie. Mais une précision anatomique plus e est-elle possible? Relativement au siége de l'épanchement sanguin dans sphère, on trouve bien, dans les auteurs, des symptômes particuliers assià l'occupation de telle ou telle partie par le foyer hémorrhagique; mais à ption de la localisation de l'hémorrhagie au niveau de la troisième circonon frontale gauche, annoncée par l'APHASIE dans la très-grande majorité s, les signes probants de la localisation de l'épanchement sanguin manet les faits contraires abondent, ainsi que l'ont démontré Rochoux et l. On sait que, dans l'immense majorité des cas, c'est le corps strié ou la e optique qu'occupe le sang épanché; mais c'est là une question secon- Il en est une autre plus intéressante pour le praticien, c'est de savoir si orrhagie est double ou occupe les *deux hémisphères* : alors la paralysie uble aussi, et ordinairement plus prononcée d'un côté que de l'autre. dant il ne faut pas oublier que cette paralysie générale n'est pas toujours e d'un double épanchement; elle peut résulter aussi d'une hémorrhagie considérable avec rupture du foyer hémorrhagique dans le ventricule l, et l'envahissement du ventricule opposé par le sang épanché. Alors les nts sont ordinairement très-graves et s'accompagnent de contracture ou vulsions. Durand-Fardel a particulièrement insisté sur la distinction des vec ou sans communication du foyer sanguin avec l'intérieur de l'ara- e; il considère même cette division comme la seule utile au praticien au e vue du siége de l'hémorrhagie, ce que l'on ne saurait entièrement e. Il y a, en effet, deux autres problèmes à résoudre : l'hémorrhagie t-elle le cervelet? siége-t-elle dans la protubérance?

t à l'*hémorrhagie du cervelet*, on peut dire que les recherches de

Bouillaud, d'Hillairet, de Leven et A. Ollivier ont dissipé bien des obscuri
son histoire clinique. Hillairet en a fait l'objet d'un important Mémoire com
qué à la Société médicale des hôpitaux (*Arch. de méd.*, 1858, t. XI),
lequel il assigne à l'hémorrhagie cérébelleuse les symptômes suivants :
qu'il y ait au début une attaque subite, apoplectiforme avec perte de conn
soit que l'attaque plus légère ait lieu sans perte de connaissance, il y
vomissements spontanés revenant plusieurs fois dans le cours de la
jusqu'à la mort, vomissements auxquels Hillairet attache une grande im
séméiologique, et qui seraient dus à la compression ou à l'excit
pneumo-gastriques par la masse cérébelleuse distendue par l'hémorrhag
y a de la *somnolence* (suivie de coma profond dans les cas graves),
telligence demeure intacte jusqu'à l'agonie. 3° La *paralysie*, qu
existe, est habituellement *croisée*, mais il paraît y avoir plutôt affaibl
et résolution générale que paralysie véritable ; l'*équilibre* des membr
rieurs est impossible. 4° La *tendance au recul* et la *rotation*, qui n'ont
servées qu'une fois par Hillairet, paraissent être habituelles dans les affect
cervelet en général ; le facies offre de l'*hébétude* et de l'étonnement
fixité des yeux, parfois *strabisme* (Leven et Ollivier), *amaurose* plus ou
complète. 5° Enfin la *sensibilité tactile* est *intacte*.

Les faits, étudiés ainsi réunis, donnent une formule précise des sym
qui ne se rencontre pas malheureusement dans chaque fait particulier,
faut de certains signes importants, ou par prédominance de signes except
L'appareil symptomatique rappelé ci-dessus peut d'ailleurs se rencontr
des affections cérébrales autres que l'hémorrhagie du cervelet, comme j
chez une femme de l'hospice des Incurables, qui succomba à une
congestion cérébrale sans hémorrhagie cérébelleuse, comme le mont
topsie. La difficulté du diagnostic de l'hémorrhagie qui m'occupe est
plus grande encore en présence des faits que possède la science, et da
quels l'hémorrhagie cérébelleuse s'est manifestée tantôt par les mêmes
que l'hémorrhagie cérébrale (*hémiplégie* du côté opposé ou du même c
la lésion du cervelet), tantôt par une *paraplégie* (Forget, *Gaz. méd.*,
tantôt enfin par le *défaut de coordination des mouvements* comme p
mène principal (Bouillaud).

L'*hémorrhagie de la protubérance* a été suivie, dans beaucoup de fa
mort subite ou très-rapide ; dans d'autres, d'une paralysie générale (h
rhagie des parties centrales), ou des symptômes insolites que j'ai rap
l'article ENCÉPHALE à propos de la localisation anatomique de ses
(p. 345). Les symptômes qui y sont rappelés d'après la monographie de
cher sur la pathologie de la protubérance annulaire (*Thèse* de doctorat
se rapportent plus particulièrement à l'hémorrhagie qu'à toute autre lési
faits les plus remarquables de l'hémorrhagie du mésocéphale au point
des symptômes sont ceux dans lesquels, la lésion étant latérale, il y a
plégie des membres d'un côté, et de la face du côté opposé, contrairem
qui a lieu dans l'hémorrhagie cérébrale proprement dite, où l'hémipl
unilatérale pour les membres et pour la face. Il y a, en un mot, dans
d'hémorrhagie de la protubérance, *hémiplégie alterne*, suivant l'expre
Gubler. Ce fait, signalé par Millard à la Société anatomique (*Bulleti*
Soc. anat., mai et juin 1856), l'a été aussi par Gubler dans deux M
(*Gaz. hebdom.*, 1856, 1858, 1859) qui ne laissent aucun doute sur
quence de ce signe. Cependant, quoiqu'il soit très-fréquent, il ne sau
considéré comme pathognomonique, car il y a eu des faits publiés d'hé

...tubérance, comme celui que l'on trouve dans la ... 1858).

...re toujours de l'intensité des symptômes à l'étendue ...; car on a constaté que des petits foyers pouvaient ... très-graves. Mais peut-on savoir s'il y a réellement ... simplement une *hémorrhagie capillaire?* Évidem... recherches de Bravais, Cruveilhier, Dance, Diday, ... autres, que, dans l'hémorrhagie capillaire, tantôt les ... l'hémorrhagie cérébrale ordinaire, que tantôt ils sont ... souvent échapper à l'observation, et tantôt enfin qu'ils ...t différents de ceux de l'hémorrhagie cérébrale en foyer, ...ment méconnue pendant la vie.

...ations de l'hémorrhagie cérébrale, la principale est le ...parois du foyer hémorrhagique. Il survient plusieurs jours ...ng, plusieurs mois, plusieurs années même après le début ...érale, et il s'annonce par de la *fièvre*, des *douleurs plus* ...s *fourmillements*, de la *contracture* dans les membres ... déclare une nouvelle perte de connaissance brusque ou ...ptômes augmentent et la mort survient. Les douleurs sont ...tôme, et elles peuvent, lorsque le ramollissement se montre ... seules d'abord et prouver l'existence de cette complication. ...rcurrentes étrangères au cerveau peuvent encore occasionner ...lés, la PNEUMONIE occupe le premier rang. On n'oubliera pas ...affection peut être presque complétement latente.

Le pronostic de l'hémorrhagie cérébrale est grave, non pas ... cause constamment la mort, mais en raison des infirmités ...a suite lorsque les malades ne succombent pas, et parce que ... toujours à craindre. Durand-Fardel fait remarquer que les ...dans les ventricules ou les méninges sont *toujours mortelles;* ...l'observer avec soin l'existence ou l'absence de *contractures* ...nts convulsifs : ces phénomènes, observés dans les trois ou ... jours d'une hémorrhagie cérébrale, sont l'indice de la rupture presque certaine. La paralysie simultanée des deux côtés du été question, annonce alors une mort inévitable et prochaine. ...vant soixante ans qu'à un âge plus avancé que l'on voit se cicatriser ...orrhagiques, en exceptant toutefois l'enfance, dans laquelle l'hé... une affection toujours mortelle. Il est généralement très-difficile ...ré, dès les premiers jours, quel sera le degré définitif du retour ... chez l'adulte et le vieillard. Les signes le moins favorables sont ... au-delà d'un petit nombre de jours, de l'affaiblissement de l'in... la paralysie de la langue, de la paralysie complète du membre ... l'anesthésie, ces divers phénomènes devant être ceux qui se dis...ent. On peut admettre que, chez les vieillards amaigris, pâles ... caractères de la cachexie sénile, il est plus difficile d'éviter ou ... issue funeste que chez les individus gras et sanguins.

...GIE DE LA MOELLE (*hématomyélie*).

...(d'Angers) que l'on doit d'avoir réuni les principaux faits rela... ...ni. Ils diffèrent suivant la partie de la moelle épinière qui en ... la *mort est subite* si l'hémorrhagie affecte le bulbe supérieur ... que, si l'hémorrhagie se fait plus bas, on peut observer un ... qui permet de chercher à formuler le diagnostic.

Suivant Ollivier, d'Angers (*Traité des malad. de la moelle épinière*, t
on pourrait reconnaître la maladie à une *paralysie subite et instantané*
deux côtés du corps, précédée ou non de douleurs rachidiennes plus ou
vives dans le point où doit s'effectuer l'épanchement sanguin. Parfois la
lysie est progressive; le plus ordinairement au moment de l'*attaque*, le m
tombe tout à coup, sans pouvoir conserver l'équilibre, mais *sans perdre
naissance*. La paralysie du sentiment et surtout du mouvement occ
membres inférieurs seuls, si la lésion siége vers la région lombaire;
plus, une partie du tronc, la vessie, le rectum, si la lésion occupe la régio
sale; enfin à ces symptômes se joignent la paralysie des bras et une dy
suffocante, si le foyer sanguin occupe le renflement cervical.

Ce n'est que d'une façon tout exceptionnelle, lorsque le foyer a
un seul côté de la moelle, que l'on a rencontré une *hémiplégie* du côté
respondant.

Le siége habituel de la paralysie des deux côtés du corps, la conservati
l'intelligence et l'absence de fièvre rendent le diagnostic facile lorsque l'at
est brusque et s'accompagne de chute. Cependant on s'est posé, sans p
la résoudre, la question de savoir si le *ramollissement* de la moelle ne po
pas donner lieu à une attaque subite, comme il le fait pour le cerveau (Va
il y a donc ici un point de doute. Quoi qu'il en soit, si l'on remarque q
symptômes de l'hémorrhagie peuvent se produire avec une certaine l
(ce qui est d'ailleurs rare), on comprendra qu'il serait possible de pren
change en présence de certains ramollissements de la moelle. La *congesti*
la moelle pourrait certainement en imposer davantage pour une hémor
s'il y avait persistance de la paralysie après les premiers accidents, comm
cru le remarquer. — Quant à l'*hémiplégie* considérée comme signe de l'h
tomyélie, il me paraît bien difficile, malgré la conservation de l'intelligen
pouvoir rattacher ce signe à cette affection pendant la vie.

Cette hémorrhagie est presque toujours rapidement mortelle, en qu
jours au plus. Cependant Cruveilhier a cité un fait qui démontre qu'u
sanguin dans la moelle peut être suivi de réparation et de guérison, comm
la pulpe cérébrale.

C. Hémorrhagie méningée cérébrale.

Si cette affection est aujourd'hui assez bien connue au point de vue de l
tomie pathologique, on peut dire sans hésiter qu'elle est une des plus ob
à diagnostiquer pendant la vie.

Les recherches d'anatomie pathologique relatives aux hémorrhagies
gées paraissaient complètes depuis les recherches de Serres, Rostan, Ro
Calmeil, Ribes, Ménière, Longet, Lélut et surtout depuis celles de Bail
d'E. Boudet et de Prus, qui avaient établi que le sang épanché dans l'arac
pouvait s'y organiser en kyste, lorsqu'en Allemagne, puis en France, on a
faire prévaloir la doctrine de la source constante de l'hémorrhagie da
membrane préexistante de nouvelle formation, une *néo-membrane* en
due à une inflammation particulière, à une pachyméningite (Virchow), et
à la surface de l'arachnoïde. Mais cette origine de l'hémorrhagie, telle qu
exposée Lancereaux, Laborde, Auguste Voisin, etc., pour être réelle, ne
être généralisée. Il y a des hémorrhagies *primitives*, par transsudation,
rupture vasculaire (artérielle, veineuse, capillaire), qui sont les plus fréq
de même que des hémorrhagies *secondaires*, par rupture des vaisseaux d
membranes, vaisseaux minces et fragiles par eux-mêmes, ou bien qui sont l
d'une dégénérescence granulo-graisseuse rapide. Mais cette dernière for

[...]it être diagnostiquée avec certitude. D'abord les symptômes qui s'observent [...]nt la formation de la néo-membrane sont, en effet, ceux de l'affection pro[...]ique avec laquelle elle coexiste (alcoolisme chronique, paralysie générale, [...]nce, etc.). Cependant Aug. Voisin a essayé de résumer ainsi les signes qui [...]raient se rattacher à la formation de ces néo-membranes : *convulsions* de [...] courte durée, se succédant rapidement, et caractérisées par la prédomi[...]e de *contractures*, par l'*absence des convulsions des globes oculaires*, par [...]*calisation* des accidents convulsifs dans un membre ou un côté du corps, et [...]r de l'intelligence plus ou moins complet dans l'intervalle des accès (*Bull.* [...] *Soc. anat.*, t. VI, 1861). Mais lorsque l'épanchement sanguin a lieu par [...]re des vaisseaux de ces néo-membranes, on peut dire que ces hémorrhagies [...]gées secondaires ne peuvent être reconnues, pendant la vie, que dans les [...]rès-rares où l'épanchement est assez abondant pour produire les effets de [...]orrhagie par rupture primitive des vaisseaux. Au point de vue du diagnostic, [...]s donc principalement m'appuyer sur les données séméiologiques anciennes, [...]n tenant compte des travaux anatomiques modernes. Ces travaux n'ont pu [...]reusement empêcher la maladie de rester très-obscure, soit qu'on l'ob[...] dans la vieillesse, soit qu'on la rencontre chez l'enfant, car elle se rencontre [...]e toujours aux deux extrémités de la vie.

[...] — *Dans la vieillesse.*

[...] travail le plus récent et le plus complet que l'on puisse consulter sur [...]orrhagie méningée des vieillards, est celui que Durand-Fardel a inséré [...]son *Traité des maladies des vieillards* (1854), où il a analysé les faits [...]s.

Éléments du diagnostic. — L'invasion de la maladie est tantôt *sou[...]e*, apoplectiforme, et parfois mortelle, et tantôt *progressive* pendant quel[...] jours. La maladie déclarée (sous l'influence de causes encore mal connues) [...]aractérisée par les symptômes suivants :

[...] plus souvent il existe un *coma continu* ou avec des *rémissions* alternant [...]n avec du *délire;* plus rarement il n'y a qu'une simple *somnolence* ou un [...]*lissement intellectuel*, alternant on non également avec le délire. *Du* [...] *des mouvements et de la sensibilité*, on peut ne rien observer; mais il est [...] ordinaire de constater une *paralysie* atteignant aussi bien la sensibilité [...]s mouvements. Rarement il y a *résolution* et *insensibilité générales ;* le [...] souvent on observe une *hémiplégie*, tantôt complète et subite, tantôt gra[...]e, occupant à un même degré les deux membres d'un côté ou s'étendant [...]n à l'autre. Cette paralysie est accompagnée de *contracture*, de *raideur*, [...]*nvulsions* des membres paralysés, ou seulement des membres du côté [...]é, ou enfin des deux côtés, quoique la paralysie n'en occupe qu'un seul. [...]aladie, qui n'a ordinairement qu'une durée de quelques jours, peut se [...]ger un mois et plus.

Inductions diagnostiques. — L'expression symptomatique de cette af[...]n est tellement variable, que E. Boudet a été conduit à lui attribuer autant [...]mes qu'il y a de symptômes principaux, qui tous peuvent être prédomi[...]. Or, comme parmi ces symptômes il n'en est aucun qui ne puisse se ren[...]r dans une autre maladie cérébrale, il est facile de comprendre que rien [...]it plus difficile que de diagnostiquer l'hémorrhagie méningée pendant la [...]ssi a-t-elle presque toujours été méconnue.

[...]ndant il y a des circonstances plus ou moins faciles à apprécier, qui sont [...]re, suivant Durand-Fardel (*Traité des maladies des vieillards*, 1854), à [...] quelque jour sur les cas de diagnostic difficile. Il pense que lorsque le

coma et l'anéantissement général des facultés, qui attestent une forte com-
sion de l'encéphale, *ne s'accompagnent pas de paralysie*, ou ne s'accom-
gnent que d'une paralysie incomplète, fût-elle même un peu plus pro-
d'un côté que de l'autre, on pourra *soupçonner* une hémorrhagie mé-
chez un vieillard. On sera d'autant plus porté à la diagnostiquer que les acc-
auront été *précédés d'une céphalalgie considérable*. Quant à la contract-
aux convulsions, considérées par E. Boudet comme constantes et caract-
ques, elles ne sauraient servir en rien au diagnostic si elles sont unies
hémiplégie. Mais l'absence de la paralysie (comme pour le coma) leur d-
une grande valeur séméiologique. La généralisation de la paralysie devra
être prise en grande considération, de même que la *marche* de la m-
avec les rémissions signalées par E. Boudet, et auxquelles on a attac-
grande importance diagnostique.

L'hémorrhagie méningée peut facilement être confondue avec la cong-
l'hémorrhagie, le ramollissement du cerveau, et avec la méningite.

La *congestion cérébrale* surtout, qui en impose si facilement pour to-
autres affections du cerveau, peut simuler parfaitement l'hémorrhagie mé-
sous toutes ses formes. La prolongation des accidents hémorrhagiques
éloigner l'idée de la congestion, à la condition que l'on tiendra comp-
rémissions qui pourraient induire facilement en erreur.

Dans l'*hémorrhagie* et le *ramollissement du cerveau*, la paralysie l-
souvent limitée à un côté du corps, la coïncidence de la contracture
cette paralysie, la déviation de la face (Prus) qui manque si rarement, e-
l'absence de rémissions dans les accidents, ont été données comme car-
distinctifs, par rapport à ceux de l'apoplexie méningée. Mais il n'en est
que celle-ci ne puisse présenter, de même que les rémissions peuvent
traire lui faire défaut. Cette absence de rémission manque sans doute rar-
mais enfin elle se rencontre quelquefois, et cela suffit pour qu'il en résu-
confusion impossible à éviter au lit du malade.

Rarement on pourra croire à une *méningite aiguë* en présence d'
d'hémorrhagie méningée; car, dans la méningite, l'existence de la fi-
des vomissements, l'intensité du délire et celle des convulsions font r-
défaut, tandis que, dans l'hémorrhagie des méninges, la fièvre est exc-
nelle, le délire et les convulsions sont peu intenses lorsqu'ils existent,
vomissements manquent.

On a distingué anatomiquement deux formes d'hémorrhagie, suivant
est *intra-arachnoïdienne* ou *sous-arachnoïdienne* (dans la pie-mère),
s'est efforcé de rattacher à chacune des deux formes des symptômes parti-
(*Mém. de l'Acad. de méd.*, XI, 1845). Mais il n'y a entre ces deux for-
des différences de fréquence pour certains symptômes communs. Le c-
la *somnolence*, par exemple, seraient plus constants dans l'hémorrhagie
arachnoïdienne. Il est évident que ces différences trop vagues ne sont pas
utilité réelle au praticien. On a vu plus haut que d'autres formes anato-
dérivent de la pathogénie de l'hémorrhagie : 1° par exhalation; 2° par r-
des vaisseaux de l'encéphale; 3° par rupture des vaisseaux d'une néo-m-
accidentelle. J'ai rappelé les grandes difficultés que l'on devait néce-
ment éprouver à les distinguer les unes des autres pendant la vie.

3° *Pronostic.* — La gravité de cette affection est extrême; elle l'est
cependant si l'hémorrhagie se fait dans la cavité de l'arachnoïde, car
cherches d'anatomie pathologique de Baillarger (*Soc. anat.*, mai 1834;
1838), et après lui celles de plusieurs autres observateurs, ont (

que le sang épanché pouvait se transformer en kyste, et l'affection guérir.

– *Dans l'enfance.*

...gré les descriptions symptomatiques de quelques auteurs, l'hémorrhagie ...gée, qui est presque toujours intra-arachnoïdienne chez l'enfant, n'offre ...e signes qui permettent de la diagnostiquer aisément. Le diagnostic varie ...eurs suivant les deux périodes que peut présenter la maladie dans le ...e âge.

— Dans une première période, qui est aiguë, il y aurait, suivant Legendre ...ue *méd.*, 1843), des *accidents convulsifs légers vers les yeux*, du ...isme, l'*absence de vomissements* et de *constipation*, des *contractures* ...xtrémités, et des accès convulsifs de plus en plus fréquents et violents, de ...*upissement*, de l'*obtusion de la sensibilité* cutanée dans les derniers ...s, sans symptômes de paralysie. Barthez et Rilliet ont cependant cité un ...'*hémiplégie*. Ils considèrent d'ailleurs l'ensemble des symptômes comme ...nt se confondre nécessairement avec ceux d'autres maladies cérébrales, et ...e comme faisant souvent défaut dans cette première période.

— Dans la seconde période, lorsque l'affection, se prolongeant, est de... chronique, le caillot s'est transformé en kyste séreux. Ce kyste se déve... et produit les symptômes d'une *hydrocéphalie*, dont la cause n'est pas ... toujours à déterminer. Cette hydrocéphalie peut, en effet, être due à des ...rcules ou à d'autres tumeurs cérébrales. Le volume considérable de la ... a-t-on dit, aura été précédé de convulsions s'il y a eu d'abord hémor...e méningée. Mais il en est de même dans les cas de tumeurs; et même la ...ence des convulsions est plus grande dans cette dernière circonstance. ...onvulsions, comme antécédent distinctif, n'ont donc pas grande valeur. ...ez et Rilliet ont fait remarquer que la considération de l'âge de l'enfant ...issait un caractère différentiel important entre les deux genres d'hydro...lie, puisqu'avant l'âge de deux ans il est extrêmement rare d'observer tubercules cérébraux. Dans les deux premières années, on devra donc ... croire à une hémorrhagie comme cause de l'hydrocéphalie. Les mêmes ...s n'hésitent pas, en présence de l'importance du diagnostic en pareil cas, ...poser l'emploi des *ponctions exploratrices*, qui peut, dans le cas d'hé...agie initiale, donner issue à du *sang*, à de la sérosité *albumineuse*, ou à un liquide *sanguinolent*, comme dans un cas où l'opération a été plu...s fois pratiquée par Rufz (*Gaz. méd.*, 1841).

... est peu surpris, en présence de ces nombreuses incertitudes de diag..., que l'hémorrhagie des enfants ait été, suivant la prédominance de tels ... symptômes, confondue avec les *convulsions essentielles* et les *tuber... cérébraux*, avec la *méningite* et le *ramollissement cérébral*.

...pronostic de l'hémorrhagie méningée est très-grave chez l'enfant comme ...le vieillard. Cependant, chez l'enfant, la forme chronique qui s'accom... d'augmentation de volume de la tête est peut-être moins fâcheuse, ... qu'il est probable que certaines guérisons d'hydrocéphalies qui ont été ...es peuvent lui être attribuées.

...HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE RACHIDIENNE (*hématorachis*).

...e affection peut s'observer isolément de l'hémorrhagie méningée cérébrale. ... *douleur vive* et ordinairement subite, dans une étendue variable du ... se joignent des *convulsions*, de la *raideur*, de la *contracture*, soit des ...s inférieurs seulement, soit de la partie postérieure du tronc, soit des ...parties du corps; parfois il y a un véritable *tétanos*. Ces symptômes ...peu, que l'épanchement sanguin soit intra ou extra-méningé. La sensi-

bilité est parfois émoussée (Boscredon, *Thèse*, 1855); une fois, Luys l'a trou obtuse d'un côté du corps, avec légère faiblesse dans les mouvements, tandis qu'il y avait hyperesthésie excessive au niveau du côté opposé (*Recueil trav. de la Soc. méd. d'observ.*, t. I). Parmi ses causes les plus positives a signalé les violences extérieures, les chutes surtout. Cette affection est en général promptement mortelle.

E. HÉMORRHAGIES INTRA-PÉRITONÉALES.

Ces hémorrhagies, dont l'anatomie pathologique a aujourd'hui bien déterminé le siége, occupent le cul-de-sac utéro-rectal, qui est la partie la plus déclive de la grande cavité péritonéale. Ce n'est que dans des cas très-exceptionnels et qui échappent à toute appréciation exacte pendant la vie, que le sang épanché dans le péritoine ne vient pas s'accumuler dans le bassin. la publication de la thèse de Viguès (1850), qui ne représentait nullement égard l'opinion de Nélaton, comme on l'a pensé d'abord, on a cru pendant un certain temps (comme pour les hémorrhagies intra-arachnoïdiennes) que les épanchements sanguins intra-pelviens s'effectuaient sous la séreuse; mais des recherches plus précises ont démontré qu'elles étaient intra-péritonéales, que les cas rares d'hémorrhagies sous-séreuses n'avaient qu'une secondaire importance, comme on le verra plus loin.

Les hémorrhagies intra-péritonéales ont une origine très-complexe. C qui fait que chaque observateur a pu élaguer de l'ensemble celles qui ne rentraient pas dans le cadre de ses recherches, attachant à certains groupes de faits au détriment des autres une importance plus particulière. De là les points de vue disparates sous lesquels la question a été envisagée à propos d'un phénomène important de ces hémorrhagies : l'*hématocèle*. Il suffit, en effet, de rappeler les leçons de Nélaton, les thèses de Viguès, Prost, Fenerly, Aug. V (*De l'Hématocèle rétro-utérine*. Paris, 1860; in-8°, avec 1 pl.), Deval, les notes ou Mémoires de Laugier, Gallard, les leçons de Trousseau, les traités de Scanzoni, Aran, A. Becquerel, Nonat, et la *Clinique des maladies des femmes* de Bernutz et Goupil (t. I, 1860), pour justifier mon assertion. Au milieu de cette masse de travaux, auxquels viennent encore se joindre une foule de faits particuliers très-importants, quelle marche suivre pour traiter la question de diagnostic pratique? On pourrait être embarrassé si, au lit du malade, on ne devait pas faire abstraction de toute théorie. Il faut partir, en effet, des phénomènes observés pour arriver à la distinction d'origine, but principal du diagnostic, mais non son point de départ immédiat.

Avec Bernutz et Goupil (*Clinique des maladies des femmes*, t. I), je considère l'hématocèle comme un épiphénomène de ces hémorrhagies et non comme une maladie particulière. Mais l'hématocèle constitue un état pathologique complexe par ses caractères, par sa marche et même par ses complications, au même titre que l'anémie, par exemple. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner, selon moi, de la dénomination particulière donnée à l'hématocèle, ni des travaux dont elle a été spécialement l'objet, et dont je n'ai pas à discuter ici la valeur.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les hémorrhagies intra-péritonéales ont presque exclusivement leur origine dans l'appareil génital féminin, c'est chez la femme qu'on les constate à peu près constamment.

Quelle que soit la cause de ces hémorrhagies, il faut considérer qu'elles se font dans une cavité séreuse éminemment irritable, que la quantité de sang épanché est ordinairement considérable, et que l'épanchement lui-même présente des particularités très-importantes. De là trois groupes de données diagnostiques

Au premier groupe appartiennent les signes d'une péritonite à invasion ent subite, caractérisée alors par une *douleur* qui ne manque jamais, vive, is atroce, dans un point de l'abdomen (ordinairement dans la région infére), par l'altération profonde des traits, des nausées ou des vomissements, fièvre intense. — A un second groupe se rapportent les phénomènes des orrhagies plus ou moins considérables : affaiblissement rapide, refroidisent surtout aux extrémités, pâleur mate de la peau et des muqueuses, illances, syncope, etc., phénomènes qui sont parfois suivis de mort. Lors- cette terminaison rapidement funeste n'a pas lieu, il peut ne résulter de morrhagie (alors graduelle) qu'une anémie croissante plus ou moins pro- le. — Enfin le troisième groupe de données se compose des phénomènes résultent d'une tumeur sanguine intra-pelvienne (hématocèle)

es différents symptômes ou signes se combinent entre eux de différentes ières. Tantôt ils se groupent ou se succèdent avec une rapidité qui les constater simultanément; tantôt les signes de péritonite par perforation pré- inent; tantôt ce sont les signes d'une hémorrhagie interne; d'autres fois l'inflammation du péritoine et les flux hémorrhagiques sont tellement ués dans leur expression symptomatique, qu'il n'y a qu'une douleur rela- ment peu vive comme signe de péritonite, et une anémie lentement crois- e; puis la tumeur sanguine, ou *hématocèle*, attire principalement l'attention malade ou du médecin.

a constatation de cette tumeur intra-pelvienne constitue la particularité la importante du diagnostic. Elle succède ordinairement avec plus ou moins apidité aux accidents hémorrhagiques et inflammatoires du début, et per- toujours pendant un temps plus ou moins long : quatre mois en moyenne in). La résolution se fait rarement en six semaines; plus souvent elle dure , quatre, six mois et plus. La rupture qui s'effectue par le rectum, le vagin, us rarement dans le péritoine voisin, est moins fréquente que la résorption. eviendrai sur l'existence de la tumeur dans ce qui va suivre, où je m'occu- i aussi des nombreuses données complémentaires du diagnostic.

Inductions diagnostiques. — Des accidents subits de péritonite, accom- és des signes généraux d'une hémorrhagie interne, et auxquels s'ajoute tôt une hématocèle, constituent un ensemble probant pour le diagnostic des orrhagies intra-péritonéales. Mais les symptômes ne sont pas constamment complets; et à cet égard il y a une distinction première à établir, qui est -ci : il y a ou il n'y a pas de tumeur sanguine ou d'hématocèle.

'il n'y a pas de tumeur, ce qui arrive lorsque le sang est disséminé dans omen sans y être enkysté, il est presque impossible de formuler le diag- c, à moins que les phénomènes subits de péritonite et d'hémorrhagie interne caractérisent les accidents ne soient parfaitement accusés, et qu'ils ne se trent dans des conditions d'*antécédents particuliers* qui seront rappelés loin; car la coïncidence de ces antécédents rend au moins très-probable nchement sanguin intra-péritonéal. L'absence de tumeur tient à ce que examine la malade à une époque trop voisine de l'invasion, avant que l'hé- ocèle ait eu le temps de se former, ou bien à ce que les phénomènes sont édiatement si graves que la mort en est rapidement la conséquence. Dans e dernière circonstance, on a pu croire à un empoisonnement, comme l'a ntré Aug. Voisin qui, dans son intéressant ouvrage sur l'*hématocèle -utérine* (1860), n'a pas négligé l'étude des épanchements sanguins non ystés.

La tumeur sanguine est formée lorsque l'épanchement sanguin est enkysté par

les produits plastiques que sécrète secondairement autour de lui le pé
enflammé. Or, lorsque cette tumeur existe, le diagnostic acquiert im
tement par cela même un degré de très-grande probabilité, sinon de ce
L'hématocèle a, en effet, des caractères particuliers qui la font disti
plus souvent des autres tumeurs intra-pelviennes, et elle se montre d
conditions souvent spéciales qui, rapprochées des signes physiques, form
somme de preuves réellement convaincantes.

La tumeur intra-pelvienne arrive souvent à son volume définitif dès
miers jours, ou n'y parvient, dans quelques cas rares, qu'au bout d
jours à un mois, ce qui tient à la lenteur de l'hémorrhagie ou à la su
de plusieurs hémorrhagies (Aug. Voisin, *ouv. cité*); elle s'accompagne
leurs expulsives comparées à celles de l'accouchement. Cette tumeu
constate surtout par le toucher vaginal, remonte presque toujours a
du pubis. Suivant Aran (*Leçons sur les mal. de l'utérus*, 1860),
abdominale est quelquefois soulevée par la tumeur, surtout dans l'ex
A la palpation, on constate que la tumeur, à limites supérieures
lières, remonte plus ou moins haut vers l'ombilic, en s'étendant plus
lièrement à droite ou à gauche, et s'avançant plus ou moins dans le
iliaques; à la surface de cette tumeur se dessine quelquefois sur la li
diane, immédiatement au-dessus du pubis, *une autre tumeur* arrondi
par l'utérus refoulé par l'hématocèle. Sa consistance est très-variabl
A. Voisin, elle est plus molle et plus rénitente vers le début, tandis
forme des bosselures, des reliefs, des noyaux durs, arrondis, à mesu
s'éloigne de l'invasion. Une fois, on a constaté la crépitation des caillots
(Puech, *Thèse*, Montp., 1858). Cette tumeur est immobile ou prés
certaine mobilité. On constate au toucher vaginal qu'elle occupe la p
bassin *postérieure à l'utérus*, refoulant en avant et en haut le col de c
contre la symphyse pubienne, et le rectum en arrière, distendant le
occupant toute la largeur du canal pelvien, ou se portant plus d'un côt
l'autre. La palpation abdominale et le toucher vaginal combinés pe
d'affirmer que la tumeur sus-pubienne est la même que la tumeur vagi
spéculum montre quelquefois que la muqueuse vaginale est violacée ; m
une particularité reconnue sans valeur. Le toucher rectal démontre
pression du rectum, d'où résulte sans doute la constipation observée.
pression de la vessie, des nerfs et des veines du bassin par la tumeur,
aussi le ténesme vésical, les douleurs, les engourdissements et l'œd
membres inférieurs, que A. Voisin a notés.

L'hématocèle peut être confondue avec des tumeurs de différente nat
il est clair qu'on ne doit admettre la possibilité de cette confusion que
tumeurs rétro-utérines refoulant le col de la matrice en avant et en hau
le pubis.

Ces tumeurs, malgré cette restriction, sont encore assez nombreuses.
l'on excepte les *phlegmons rétro-utérins*, qui ne sont, comme l'ont d
Bernutz et Goupil (*Arch. de méd.*, 1857, t. IX). que des péritonites du
sac utéro-rectal, il n'est pas une seule tumeur qui n'ait un début et une
tout différents de ceux de l'hématocèle. Celle-ci a une invasion ordina
subite, aiguë, et elle se développe plus ou moins rapidement après
maladie a présenté les caractères d'une péritonite hémorrhagique ; tan
la marche lente, insensible et essentiellement chronique d'un certain no
tumeurs est trop différente pour ne pas faire éviter la confusion. Tels s
kystes de l'ovaire tombant dans l'espace rétro-utérin (P. Dubois); les

iques développés dans le même espace (Charcot); les *tumeurs fibreuses* rus (Engelhardt, *Thèse*, Strasb., 1856); la *rétention des matières fécales* ie); la *rétroversion* ou la *rétroflexion* de l'utérus. Une tumeur due à ossesse *extra-utérine* pourrait peut-être laisser plus facilement dans le mais l'étude des antécédents, ici encore, pourra faire éviter l'erreur.

étude des antécédents et la filiation des premiers phénomènes de l'hé-gie, non-seulement peuvent servir à diagnostiquer l'hématocèle et à la-ier des autres tumeurs intra-pelviennes, mais encore à en déterminer e pendant la vie. C'est ce que Bernutz et Goupil ont fait remarquer, tant sur la valeur des anamnestiques en pareille circonstance. Malheureu-cette question d'origine est des plus controversées, en raison des théories que l'on a voulu déduire des faits. Néanmoins, si l'on tient compte de i ont une signification précise en dehors de toute théorie, on peut ad-avec Bernutz, que les hémorrhagies intra-péritonéales ont lieu par e de vaisseaux ou d'organes, par *rétention des règles*, par *fluxus pa-que des organes génitaux*, en ajoutant provisoirement à ces trois divi-lle des hémorrhagies *par exhalation* (?). Bernutz, qui n'a tenu compte hémorrhagies ayant leur origine dans le système utérin, a nécessaire-gligé un certain nombre de causes que je ferai rentrer dans le cadre qui , en exposant les particularités qui peuvent plus ou moins bien servir à ier ces divers genres d'hémorrhagies intra-péritonéales.

Hém. par ruptures. — Les anévrysmes intra-abdominaux, les vari-utéro-tubaires, l'ovaire ou la trompe altérés, un kyste de grossesse extra-sont les lésions ou les organes dont la rupture produit des hémorrhagies ritonéales. Ces hémorrhagies sont fréquemment assez rapides et abon-pour amener rapidement la mort. En dehors de la terminaison funeste, rve les symptômes des hémorrhagies internes, signe distinctif commun hémorrhagies par ruptures. Quant à la détermination de l'espèce de survenue, tantôt il arrive qu'outre les symptômes d'hémorrhagie avec ou sans hématocèle, rien ne peut faire soupçonner la rupture, t au contraire qu'il existe des particularités qui mettent sur la voie de gnostic.

Voisin a signalé la coexistence de varices des membres inférieurs ou du u des hémorrhoïdes, avec un flux cataménial abondant, comme constituant e présomption en faveur d'une hématocèle par rupture de *varicosités es tubo-ovariennes*, qui se produit aussi bien dans l'état de vacuité que dans l'état de grossesse. Suivant Bernutz, on pourrait soupçonner e espèce de rupture a eu lieu si la femme a eu des grossesses anté-nombreuses, si le début des accidents a eu lieu brusquement à la suite ues et d'efforts, en dehors d'une époque menstruelle, et s'il existe aux s inférieurs et à la vulve des varices datant des grossesses antérieures, nstruation plus abondante et pesanteurs pelviennes coïncidant avec des s tensives dans les tumeurs variqueuses extérieures. Il y aurait certitude pture variqueuse, si, avec les signes précédents, on avait constaté par le , avant la production de l'hématocèle, une *tumeur* pâteuse, élastique e par Richet), occupant les parties latérales de l'utérus au moment des s tensives dont les varices deviennent le siége après des fatigues ou vers e menstruelle.

uptures *de l'ovaire* ou de la *trompe* anatomiquement *lésés* (condition ment admise comme indispensable) ne sauraient être précisées pen-vie. On peut bien soupçonner qu'il y a une rupture, mais sans aller

plus loin, l'hémorrhagie pouvant provenir aussi bien d'une rupture de vei variqueuses tubo-ovariques que d'une rupture de la trompe ou de l'ovaire.

Il y a cependant une exception à faire pour les ruptures dues à des gr sesses extra-utérines, et donnant lieu à la production des hématocèles. Ara a rapporté un exemple en 1853 (*Soc. de chirurgie*). Goupil a démontré des faits que l'hématocèle, en pareil cas, non-seulement peut dépendre de rupture d'un *kyste fœtal* tubo-ovarien (Bernutz et Goupil, *ouv. cité*), encore de la rupture de varicosités ovariques éloignées du kyste fœtal. plus, Goupil a établi qu'il était impossible, dans un certain nombre de de remonter à la cause de ces hématocèles en constatant l'existence de gestation anomale (*Voy.* GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, p. 472).

Cette cause d'hématocèle serait plus fréquente qu'on ne le pense géné ment. Cependant on ne saurait admettre, avec Viguès et Gallard, que l'hé tocèle est toujours une grossesse extra-utérine, moins le produit de la c ception, ou avec ce produit lui-même. Il est évident que cette théorie, même que toutes les autres, n'est déduite que d'une catégorie limitée de suivant la juste remarque de Bernutz, et par conséquent qu'elle ne saurait adoptée, les faits étant trop variés dans leur origine pour servir de base à théorie générale de la genèse des hématocèles.

b. — *Hém. par rétention des règles.* — Cette cause d'hémorrhagies in péritonéales, soutenue et bien démontrée (à mon avis) par Bernutz (*ouv. c* est toujours précédée des signes de la rétention des règles, que je ne rap lerai pas ici (*Voy.* RÉTENTIONS), et qui sont des antécédents de nature à rév la cause de l'hémorrhagie. Avant la production de l'hémorrhagie, on évite prendre la tumeur hypogastrique *régulière et ordinairement centrale*, ré tant de la rétention du sang des règles dans l'utérus distendu, pour une hé tocèle intra-péritonéale, dont la tumeur est *irrégulière et principalem latérale.*

Bernutz a signalé un autre fait très-important : c'est la production de l'hé tocèle *après* une opération tardive ayant eu pour résultat l'incision des o tacles qui produisaient la rétention. Il explique cette hémorrhagie par les co tractions utérines provoquées par l'évacuation artificielle, et qui chassera le sang dans le péritoine aussi bien qu'au dehors. Mais, quelle que soit l'ex cation, le fait me semble démontré par les observations que rapporte Ber (*ouv. cité*), et dans lesquelles on voit avec surprise le grand nombre des te naisons fatales par hémorrhagie intra-péritonéale qui ont été la conséque de l'incision *tardive* de l'hymen imperforé, alors que la distension ut tubaire était déjà considérable.

c. — Dans les hémorrhagies par *congestion* ou *fluxus pathologique* organes génitaux, il y a un phénomène antérieur et actuel caractéristique : sont des *métrorrhagies*, dans le cours desquelles se produisent ordinaire les accidents d'hémorrhagie intra-péritonéale. C'est surtout dans les fait cette espèce que l'on a constaté plus spécialement les hématocèles en tant tumeurs sanguines du cul-de-sac rétro-utérin. On doit remarquer que l'hé tocèle se produit alors, *quelle que soit la nature de la métrorrhagie pré tante* (Bernutz), que cette métrorrhagie soit due à une grossesse nor concomitante (Nonat), à une grossesse extra-utérine (Goupil), consécutive avortement (Barlow), à un accouchement à terme (West), ou symptôme d'une affection générale : d'une fièvre éruptive (Scanzoni), de chloro d'anémie (T eau).

Je dois ue si beaucoup d'observateurs considèrent comme pat

les métrorrhagies qui se compliquent d'hématocèles, d'autres pensent la ponte menstruelle normale suffit pour provoquer cette dernière compli-, si l'ovule se détache de l'ovaire sans qu'il y ait adaptation suffisante du n de la trompe sur cet organe (Nélaton, 1851; Laugier, 1855). Mais on a té à cette manière de voir que la quantité de sang fourni par l'ovaire est insignifiante, et qu'il faut une lésion de cet organe pour expliquer une rrhagie abondante.

— *Hém. par simple exhalation.* — Cette origine des hémorrhagies -péritonéales est encore douteuse, en dehors des cas de violences exté-es. Elle a été plutôt soupçonnée que démontrée dans deux faits d'hémor-ie péritonéale rapidement mortelle, survenue à la suite d'*excès de coït* lieu). On crut, dans ces deux cas, à un empoisonnement. Il ne faudrait se hâter d'ailleurs de croire à une hémorrhagie par exhalation, lorsqu'elle roduit à la suite d'excès de coït, car Siredey (*Thèse*, 1860) a rapporté un rapidement mortel dans lequel l'épanchement de sang non enkysté était dû rupture de la trompe déjà altérée.

distinction la plus importante des *formes* de l'hémorrhagie intra-périto-e est celle de ces hémorrhagies en *enkystées* et en *non enkystées*. On aussi leur appliquer la division que Becquerel a admise pour les héma-les, et qui comprend les formes foudroyante, subaiguë et lente (*Traité clin. mal. de l'utérus,* 1859). A. Voisin admet une forme simple dans laquelle le se résorbe sur place, et une forme compliquée souvent suppurante, dans lle le pus et le sang se frayent ordinairement un passage en dehors de la e. Il est évident que l'on pourrait multiplier beaucoup ces divisions, basées des particularités de l'hémorrhagie.

degré de la lésion hémorrhagique, qui dépend de la quantité de sang ché, influe nécessairement beaucoup sur la facilité du diagnostic, en pro-ant une hématocèle plus ou moins considérable. Quant aux *complications*, sont multiples. Ce sont : la *péritonite*, si fréquente qu'elle doit être con-rée comme faisant partie du cortége habituel des phénomènes hémorrhagi-, et expliquant certains *phlegmons* consécutifs; l'*anémie* rapide ou lente; fin les *ruptures* secondaires de l'hématocèle, soit dans le péritoine (où elles rapidement mortelles), soit dans un conduit naturel, le vagin ou le rectum.

Pronostic. — La gravité des hémorrhagies intra-péritonéales ressort de le diagnostique que je viens d'en faire. Il en résulte que l'abondance l'hémorrhagie, que l'altération plus ou moins marquée du sang épanché, la nature de la lésion originelle, et enfin que certaines complications, vent provoquer une issue funeste. Il en est de même de la ponction intem-tive des hématocèles, dont la résolution spontanée a été trop fréquemment rvée pour que l'on doive s'abstenir de toute ponction exploratrice ou autre. ndant les ruptures spontanées par le vagin ou le rectum sont suivies de ison, à moins que des gaz ne s'introduisent dans le kyste par l'ouverture entelle.

. HÉMORRHAGIES EXTRA-PÉRITONÉALES.

s épanchements sanguins plus ou moins considérables au niveau de la e ont été depuis longtemps signalés sous le nom de *thrombus*, pendant la sse ou l'accouchement (Deneux, Hervez de Chégoin), et même en dehors l'état puerpéral, comme conséquences de violences extérieures ou d'excès coït (Velpeau). Il s'agit ici d'épanchements de sang plus profonds dus aux mes causes, et parmi lesquels on avait à tort compris certaines hématocèles ro-utérines, ces hématocèles étant toutes intra-péritonéales.

Par leur petit volume et leur situation particulière, les épanchements si dont il s'agit sont tout à fait distincts des hématocèles (Aran, ouv. cité). ils ne consistent qu'en des lésions anatomiques insaisissables pendant la tantôt ils forment sur les côtés du vagin, dans le ligament large ou le fo lulaire du petit bassin, des tumeurs sous-muqueuses peu volumineu sont infiniment plus rares que le thrombus de la vulve. On a bien vu q fois la tumeur sanguine occuper la paroi vaginale postérieure, mais s volume et les conditions dans lesquelles elle se produit, suffiraient pour distinguer de la véritable hématocèle.

Une variété rare d'hémorrhagie extra-péritonéale est celle qui se fa quefois à l'intérieur même des kystes fœtaux extra-utérins (Goupil). pourrait soupçonner cette hémorrhagie que si, la grossesse extra-utéri d'abord reconnue, on constatait un développement rapide de la tum même temps que les signes d'une hémorrhagie interne.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — *Voy.* HÉMORRHAGIES, p. 4

HÉMORRHOIDES. — 1° *Éléments du diagnostic.* — Les pr éléments du diagnostic des hémorrhoïdes pour lesquelles le médecin e tuellement consulté sont de trois sortes; ce sont :

La *congestion hémorrhoïdale* qui précède et le plus souvent acc les tumeurs variqueuses qui constituent les hémorrhoïdes;

Les *tumeurs* elles-mêmes;

Les *flux* ordinairement sanguins qui les accompagnent.

Je rappelle simplement ces particularités, parce qu'elles sont habitu le point de départ des inductions du praticien.

2° *Inductions diagnostiques.* — Je ne puis mieux faire que d'e d'abord successivement les trois particularités hémorrhoïdales que je rappeler : congestions, tumeurs, flux.

a. — Lorsqu'un malade se plaint momentanément de gêne, de pesa parfois de douleurs plus ou moins vives vers le rectum, en même temp pourtour de l'anus devient résistant, que les envies d'aller à la garder fréquentes, et que la défécation est très-douloureuse, on ne peut à ce seuls que soupçonner une *congestion* hémorrhoïdale. Si, en effet, ils trent pour la première fois, ils peuvent tenir à un commencement d'*inflam* locale, ou bien à une *névralgie;* car, chez certains sujets, les hémo produisent une douleur vive et lancinante. Cependant, en pareil cas, l'e saurait être de longue durée, attendu que la présence du sang dans la p garderobe vient ordinairement lever tous les doutes, et que, dans le plus ordinaires, on constate qu'il y a eu des antécédents semblables, existe des tumeurs hémorrhoïdales.

b. — Lorsque ces *tumeurs* sont extérieures, elles sont ordinaireme sées par le malade lui-même, et reconnaissables à la seule inspection limitées, tantôt entourant complétement l'anus en bourrelet irrégulier selé, d'un volume variable, comme celui d'un pois et au plus d'un poule; d'une consistance qui varie également depuis une flaccidité e (hémorrhoïdes *flétries*) jusqu'à une dureté prononcée qui s'explique p tension congestive récente; leur coloration est ordinairement bleuâtre rouge violacé. Dans le cas de congestion, il suffit d'une petite tumeur p casionner au malade une douleur locale vive qui augmente par la press même au simple contact, et qui rend insupportable la position assise.

Par le toucher rectal, on reconnaît les tumeurs hémorrhoïdales aux b res irrégulières et molles (à moins de tension congestive) qu'elles forme

rtie du rectum voisine de l'orifice anal. Le *speculum ani*, dont on fait peu dans la pratique, permettrait de les voir.
istence des antécédents hémorrhoïdaux (congestions et hémorrhagies) ne ttra pas de confondre les tumeurs hémorrhoïdales flétries avec des issances de l'anus. Il en sera de même avec le *cancer rectal*, qui s'é- 'ailleurs plus profondément et qui a une dureté squirreuse. Lorsque les rs hémorrhoïdales sont congestionnées, tendues, et même enflammées, on rait les prendre pour un *phlegmon de la marge de l'anus*, qui offre un loulouréux, rénitent, profond, en dehors de la marge de l'anus. Les s *du rectum* ne pourraient être confondus avec les tumeurs hémor- es, puisqu'ils sont plus fermes que ces dernières, et qu'ils ne présentent alternatives d'intumescence et de flétrissure des tumeurs hémorrhoï-

- Les *flux sanguins* dus aux hémorrhoïdes sont le plus souvent d'une nce médiocre, mais parfois assez considérables pour faire craindre pour lu malade. Le sang ordinairement noirâtre d'abord, puis rouge plus ou foncé, s'écoule en bavant; mais au moment de la défécation, il peut s'é- r par jet. On pourrait croire à une hémorrhagie d'une partie plus élevée estin (*Voy.* HÉMORRHAGIES par l'anus).
: les flux sanguins, les hémorrhoïdes peuvent donner lieu à un *suinte- urulent* ou *muco-purulent;* mais c'est un fait rare. Les autres signes urs ou actuels des hémorrhoïdes ne permettent pas d'attribuer cet écou- blanc à une autre affection, à une ulcération rectale, par exemple.
: l'évolution des phénomèdes antérieurs, comme on l'a vu dans ce qui :, la constatation des *causes* des hémorrhoïdes vient au besoin, dans les teux, aider au diagnostic. Les causes les plus manifestes sont : une *ation habituelle* , la *congestion menstruelle*, une *grossesse* ou une *ssion des troncs veineux* du rectum ou de la veine porte (Bouillaud). nce des *climats chauds* prédispose aux hémorrhoïdes, suivant O. Saint- *ıl. des régions intertropic.*, 1868); leur développement y serait favorisé professions sédentaires et la constipation. Trousseau considérait les roïdes comme la conséquence de la diathèse arthritique des goutteux, n l'absence d'autres manifestations (*Clin. méd.*, 2ᵉ édit., t. III).
t encore tenir compte des *formes* de la maladie. Les hémorrhoïdes, en nt *sèches* ou *fluentes, internes* ou *externes*. On a appelé *régulières* ui surviennent chez l'homme à des intervalles égaux, et *irrégulières* ui sont dans une condition contraire. Mais la régularité, tout à fait excep- :, est loin d'avoir l'importance que lui attribuaient les anciens. Il en est : des hémorrhoïdes dites par eux *constitutionnelles*, et de celles qu'ils aient comme *critiques*, car leur légitimité ne nous est pas encore par- t démontrée.
ombreuses *complications* peuvent survenir dans le cours de cette affec- : pendant les attaques congestives, soit en dehors de ces attaques. L'*in- tion* des tumeurs est parfois violente; la douleur est alors vive, insup- et peut s'étendre au périnée, à la vessie; les parties enflammées sont endues, chaudes, et il survient quelquefois des *abcès*. On a encore omme complications : la *phlébite*, la *chute du rectum*, dont la mu- st entraînée au dehors par les efforts de défécation; la *gangrène* des si, expulsées au dehors, elles sont étranglées et irréductibles; les s les *ulcérations;* la *constipation*, qui devient secondairement un olume considérable des tumeurs, après en avoir été souvent la cause

principale ; et enfin l'*anémie*, qui est la conséquence des pertes de sang a[bon]dantes.

3° *Pronostic.* — Le pronostic est presque toujours sans gravité, surtout d[ans les] cas les plus récents et dans ceux où une cause accidentelle, telle que la cong[estion] menstruelle, la grossesse, une constipation peu rebelle, vient à cesser. Cep[endant] il faut apporter quelquefois une certaine réserve dans l'appréciation des [suites] de la maladie, car la trop grande abondance de l'hémorrhagie, qu'on ne [peut] prévoir, est une circonstance fâcheuse et qui a pu parfois entraîner la m[ort]. [Il] en est de même, dans des cas exceptionnels, de la gangrène profonde et [de la] phlébite suppurative.

Quant à la suppression des hémorrhoïdes, à laquelle nos devanci[ers ont] attribué les accidents pathologiques les plus divers, il y a eu de leur part [sur ce] point une exagération que les recherches modernes tendent à atténuer; [mais] c'est un sujet qui demanderait encore de sérieuses investigations.

HÉPATALGIE. — *Voy.* VISCÉRALGIES.

HÉPATITE.—Cette affection, endémique dans les pays chauds, se [déve]loppe rarement dans nos contrées. Dans son étude de l'hépatite, Frérichs ([*Traité*] *des maladies du foie,* trad. par Duménil et Pellagot, 2e édit., 1866) relè[gue au] second plan l'hépatite vraie (franche) ou suppurante, en comprenant da[ns sa] première division l'inflammation parenchymateuse diffuse, qui répond p[our lui] à l'*ictère grave*. Nous suivrons un ordre inverse en traitant en premie[r lieu] de l'hépatite franche, aiguë ou chronique, et en lui rattachant, s'il y [a lieu,] les formes adoptées par Frérichs. Cependant il ne sera ici question [ni de] l'*itère grave*, qu'il comprend dans l'hépatite aiguë, ni de la *cirrhose*, [qu'il] englobe dans l'hépatite chronique, des articles séparés ayant été cons[acrés à] ces deux maladies (*Voy.* CIRRHOSE, ICTÈRE grave).

I. Hépatite aiguë.

1° *Éléments du diagnostic.* — On a signalé comme symptômes de [l'hé]patite franche aiguë : un *ictère* plus ou moins intense; une *douleur* spont[anée ou à] la pression, au niveau de l'hypochondre droit, sourde, profonde, parfois [vive,] lancinante, et pouvant s'étendre aussi à l'épigastre, au côté droit de la p[oitrine] et jusque vers le cou et l'*épaule droite;* une *augmentation de volu[me du] foie*, avec résistance et tension de l'hypochondre à la pression; vers les o[rganes] digestifs : *anorexie*, bouche pâteuse, soif vive, langue avec enduit au c[entre] et pointillé vif à son pourtour, parfois sèche; quelquefois vomissements, b[ilieux;] selles normales, ou diarrhée, ou constipation, et dans ce dernier cas [selles] décolorées; rarement il y a des troubles respiratoires, et une impossibi[lité du] décubitus sur le côté gauche; urines foncées en couleur. — En même t[emps] phénomènes généraux plus ou moins prononcés : pouls fréquent, parfois j[usqu'à] 140 pulsations, rarement irrégulier; céphalalgie, agitation, et, vers la fin [de la] maladie, pouls petit et misérable, somnolence, délire, affaissement, adyn[amie]. Enfin il faut ajouter à ces symptômes ceux des abcès qui peuvent se f[ormer] dans le foie et ceux de leur rupture dans différents organes.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de l'hépatite est e[ntouré] d'obscurités en raison du peu de constance des symptômes considérés [isolé]ment, de l'absence de tout signe pathognomonique, et en raison des co[mplica]tions qui peuvent survenir dans son cours. En tenant compte des travaux [fondés] sur des faits bien concluants d'hépatite et non sur des observations mal [inter]prétées, la difficulté de la question apparaît dans sa réalité pratique, so[it pour] le diagnostic de l'hépatite aiguë, soit pour celui de l'hépatite chronique.

Parmi les symptômes de l'hépatite, en effet, il n'en est pas un seul q[ui]

faire défaut. De plus, aucun d'eux ne saurait être considéré comme à la maladie. Cependant Louis a parfaitement établi que la réunion d'un nombre de symptômes avait une valeur significative. On a, selon lui, s raisons d'admettre l'existence de l'hépatite, si l'on constate l'ictère a douleur de l'hypochondre, en dehors de toute autre affection aiguë; les doutes sont levés s'il y a eu une invasion fébrile, si les frissons se nouvelés, si la fièvre persiste dans le cours de la maladie, si le foie volumineux, ou s'il y a seulement tension notable de l'hypochondre ires, p. 402). Dans les faits où un abcès du foie se fait jour au dehors à les parois abdominales, par les intestins, ou par les bronches, l'hépatite e pour ainsi dire d'elle-même si elle a été jusque-là méconnue. Le soularessenti vers la région hépatique par suite de l'expulsion du pus est istique, surtout si le pus est mélangé à de la bile ou à des éléments du patique visibles au microscope. On ne pourrait confondre ces abcès ceux des voies biliaires; mais dans le cas de cholécystite suppurée, dinairement des calculs mélangés au pus qui s'écoule par l'intestin ou abcès de l'hypochondre, et il a existé comme antécédents des coliques nes. Certains abcès du foie pourraient être confondus avec un *ané- de l'aorte abdominale*. W. Moore a vu un de ces abcès formant une grosse comme un œuf de poule occupant l'épigastre, présentant des ns au palper, et un bruit de souffle à l'auscultation, le malade étant ; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un abcès hépatique (*Med. Press*, Il ne faut donc pas oublier qu'un abcès du foie peut former une tumeur e profonde.

liverses considérations ne facilitent malheureusement le diagnostic que nombre limité de faits. Il en reste toujours un très-grand nombre dans s les difficultés sont grandes, surtout au début de la maladie.

que l'hépatite aiguë est déclarée, la *marche* antérieure des phénomènes ne quelquefois à éclairer la question. C'est ce qui a lieu s'il est survenu des frissons plus ou moins intenses, suivis de chaleur, se répétant le soir, ême temps, ou très-peu de temps après, la douleur de l'hypochondre et , comme l'a signalé Louis. — Parmi les antécédents *étiologiques* qui t aussi élucider le diagnostic se placent en première ligne l'habitation d'un *rès-chaud*, une *blessure* ou la *contusion* du foie, l'*entérite* chez les (Legendre), et principalement la *dysenterie* qui, ainsi que l'hépatite, ve dans les pays où la chaleur est très-développée, l'humidité excessive, et mes incessamment renouvelés. Suivant Dutroulau, l'hépatite qui surns ces conditions est toujours précédée ou accompagnée de dysenterie *Acad. de méd.*, t. XX, et *Traité des malad. des pays chauds*, 1861). lerait de là que des symptômes d'hépatite même douteux en toute autre tance, acquerront une signification positive s'ils surviennent dans le cours lysenterie, comme l'ont démontré en Algérie Haspel, Catteloup, Cambay nir Broussais. On explique la production de l'hépatite en pareil cas par sport des matières septiques de l'intestin au foie par les veines qui sent à la veine porte. Dans nos contrées, l'hépatite aiguë est quelquefois ire dans le cours des maladies chroniques intestinales et pulmonaires , Louis); mais c'est là plutôt un embarras qu'un secours pour le dia- Dans le cours de l'arthrite (sans doute rhumatismale), Graves a vu s fois survenir l'hépatite avec ictère, puis une éruption d'urticaire méd., trad. Jaccoud, 1862).

mçoit, d'après ce qui précède, que l'hépatite aiguë puisse être aisé-

ment confondue avec plusieurs maladies qui ont avec elle des signes com

La *congestion du foie* donne souvent lieu à des douleurs vives, soit s nées, soit à la pression, et en même temps à un développement de l'f sans déformation, qui ont certainement été maintes fois rapportées à l'h aiguë. Il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur; car l'affection d'où l'obstacle au cours du sang et par suite la congestion du foie, est ordinai facile à constater; et dès lors on sait comment on doit juger les sym dont le foie est le siége. Ce sont habituellement, on le sait, les affecti cœur, et plus rarement l'asphyxie incomplète que l'on rencontre en cas.

La *pneumonie droite* franche présente des phénomènes locaux tout spéciaux si on la compare à l'hépatite. Mais s'il s'agit d'une pneumo ictère, fièvre intense, sans crachats caractéristiques ni signes stéthosc bien accusés, et avec douleur vers le rebord des côtes, comme on en v quemment chez les vieillards, ce n'est pas d'après la comparaison des ptômes que l'on pourra se prononcer pour une pneumonie, mais seu d'après la considération de la rareté extrême de l'hépatite aiguë dans mats, et au contraire de la fréquence de la pneumonie dans la vieillesse.

La *pleurésie aiguë* ne saurait être confondue avec l'hépatite. Cepen faut faire une exception pour la *pleurésie diaphragmatique* qui s'acco d'ictère, et qui pourrait facilement faire croire à une inflammation du fo elle ne se distingue guère que par l'intensité de la dyspnée, lorsque la caractéristique de ce genre de pleurésie fait défaut (*Voy.* PLEURÉSIE).

Une autre affection avec laquelle il est facile de confondre l'hép l'*ictère grave*, dans lequel l'intensité des symptômes généraux, jointe à loration ictérique des téguments, pourrait en imposer. Cependant l'abse douleur au niveau du foie et l'absence de tout développement de cet qui est plutôt atrophié en pareil cas, suffisent le plus souvent pour étab démarcation entre les deux maladies.

L'*inflammation aiguë des voies biliaires* ou plutôt de la vésicule (CYSTITE) est ordinairement précédée de coliques hépatiques, et débute douleur très-vive dans l'hypochondre, douleur *suivie* d'ictère, de fiè enfin d'abcès de la vésicule. Cette succession de phénomènes ne permet croire à une hépatite.

Parmi les nombreuses affections susceptibles d'être encore confond moins facilement) avec l'hépatite, on a signalé la gastrite, la néphrite, le et les hydatides du foie, la fièvre intermittente, et enfin une douleur n que ou musculaire siégeant à l'hypochondre. Mais il est évident qu'en cas, on ne pourrait croire à l'hépatite qu'en se contentant d'un nomb limité de symptômes. — Ainsi dans la *gastrite* il y a une douleur avoi foie et des vomissements, mais ceux-ci sont incessants, et il y a défaut tence dans l'hypochondre. — Dans la *néphrite intense* du côté droit, leur et la fièvre pourraient en imposer pour une hépatite, si l'état des les autres symptômes de la néphrite n'en éloignaient pas l'idée. — Le *du foie* a un signe distinctif non équivoque qui le différencie de l'h aiguë, c'est la déformation du foie, augmenté de volume et en même inégal et bosselé. Ce n'est que dans des cas très-exceptionnels que n'augmente pas de volume quand il est cancéreux. — Les *hydatides* tuent une affection chronique qu'on ne saurait comparer à une hépatit mais il ne faut pas oublier que les hydatides peuvent, par suite d'une inf tion de la poche qui les contient, donner lieu aux signes d'une

la pression ou la respiration, en serait le principal ou même le
— Sous le nom d'*inflammation parenchymateuse diffuse* aiguë,
lécrit l'*atrophie aiguë ou jaune du foie* et l'*ictère grave*, parce
ısidère comme dus à une lésion d'abord exsudative du foie (*Voy.*
VE). Mais les opinions émises sur leur nature sont trop variées pour
é de l'une ou de l'autre se dégage suffisamment de l'ensemble.
›sant l'hépatite aiguë diagnostiquée, son siége anatomique peut-il
:? On a bien voulu assigner des groupes de symptômes particuliers à
e la face concave ou convexe du foie; mais en établissant ces distinc-
'est plutôt laissé guider par des vues théoriques que par des faits
és, ainsi que l'a fait remarquer Valleix.
›lus haut que la rupture des abcès du foie dans les voies naturelles
›lquefois la nature de la maladie. Doit-on considérer ces ruptures
; *complications?* Quoi qu'il en soit, on n'oubliera pas que la collec-
nte peut s'ouvrir dans une cavité close (le péritoine, la plèvre, et
ricarde), et causer rapidement la mort.
ostic. — L'hépatite aiguë est très-grave; cependant son pronostic
oujours fatal. C'est surtout lorsque l'hépatite survient dans le cours
e maladie, et quand l'inflammation se termine par suppuration, que
à craindre, à moins que le pus ne soit évacué spontanément ou par
ion chirurgicale, circonstance dans laquelle la guérison a été assez
nt observée.

ıtite chronique.

e de l'hépatite chronique est à faire, surtout au point de vue du dia-
r on ne peut considérer comme suffisantes pour la pratique les des-
›uvent imaginaires qui en ont été faites par certains auteurs, et d'un
lorsque l'on veut consulter les observations, on constate sur ce
ıénurie extrême.

Lorsque l'augmentation de volume du foie, l'ictère et la douleur se trent à la fois dans une affection de longue durée. on ne peut guère que l'existence de l'hépatite chronique. Mais il est rare que ces signes réunis. Aussi a-t-on confondu souvent avec l'hépatite chronique la *hypertrophie* du foie, la *congestion sanguine*, auxquelles on peu l'*abaissement*, le *cancer*, les *hydatides* de cet organe, sans qu'il soit de rappeler, comme caractères différentiels, autre chose que des ba des particularités parfaitement connues de ces différentes affections.

Au lieu de l'augmentation du volume du foie, il peut y avoir atrophi organe par suite de son inflammation chronique, suivant Frerichs, considère la cirrhose comme une manifestation anatomique de l'hépati nique. L'*induration simple* serait une autre forme de cette hépat qu'il est impossible de distinguer de la cirrhose (*Malad. du foie*, p. 352). Enfin Frerichs considère aussi la syphilis du foie comme une l'inflammation chronique de l'organe.

Le pronostic de l'hépatite chronique franche est très-grave, comme toute affection chronique du foie. La guérison n'est guère possible que cas de rupture d'abcès signalés à propos de la forme aiguë de l'hépatite

HÉRÉDITÉ. — L'hérédité est un élément de diagnostic import qu'elle est bien constatée, car elle peut mettre sur la voie du diagn donner plus de précision aux inductions que l'on tire des faits obser en général, on accepte trop légèrement dans les livres et par conséquen pratique, l'hérédité comme chose démontrée, dans bien des circonstan peut n'y avoir qu'une identité d'influences extérieures amenant des eff blables, ou une simple coïncidence de la même maladie chez les m d'une même famille. Une statistique bien faite pourrait seule résoudre vement ce problème complexe, et deux pages de ses résultats vaudraien que des volumes entiers écrits après une observation superficielle.

Quoi qu'il en soit, je dois faire remarquer que la recherche de l'héré l'interrogatoire demande quelques précautions. Elle est faite sans rés ménagements par certains médecins, qui ne craignent pas, lorsqu'il s'ag affection grave des ascendants, de faire soupçonner au malade qu'il en même atteint. Cette manière d'agir est regrettable. C'est seulement lo maladie est légère que l'on peut sans indiscrétion interroger ouverten l'existence de cette même maladie parmi les membres de la famille. Da où il s'agit d'une affection qui menace l'existence et dont la gravité est du malade, on doit chercher à s'éclairer sur l'hérédité par des questions nées et sans prononcer le nom de la maladie.

Je ne discuterai pas la légitimité des très-nombreuses maladies qui e tort ou à raison considérées comme héréditaires. Celles pour lesquelle dité (sans être absolue heureusement) est le mieux démontrée sont : le la tuberculisation, les scrofules, la goutte, le rhumatisme, la syphilis formée ou non), l'hémophilie, les affections organiques du cœur, l'emp pulmonaire, l'hémorrhagie cérébrale, l'aliénation mentale, l'état nerv tremblement idiopathique, certaines affections cutanées.

HERNIES. — Quoique l'étude des hernies soit principalement de pétence des chirurgiens, le médecin ne doit pas perdre de vue que les a qu'elles provoquent peuvent simuler des maladies internes, et que, par con phénomènes attribués à une maladie interne dépendent quelquefois hernie méconnue. On a vu un étranglement herniaire simuler un Lorsqu'il existe des vomissements dont la cause est obscure, il faut

eussent pu passer inaperçues, et qui produisaient, chez un malade, avec *propension au suicide*, et chez l'autre (un petit garçon) une *gastrique* augmentant après les efforts, l'exercice et les jeux. Ces sparurent dès que les hernies furent maintenues réduites à l'aide e approprié. J'ai actuellement sous les yeux à l'hôpital Lariboisière affecté d'une maladie du cœur et qui présente une hernie à gauche lanche, de la grosseur du poing. Au premier abord, cette épiplocèle se pour un lipome, mais la masse est réductible, et après sa réduc- un orifice sous-cutané pouvant admettre l'extrémité du doigt indi-

S. — 1° *Éléments du diagnostic.* — Cette affection, considérée re générale, est caractérisée d'abord par une éruption de *vésicules* upées sur une base enflammée et rouge, d'un diamètre d'un à plu- nètres, puis par des *ulcérations* superficielles et par des *croûtes* nâtres ou noirâtres, ou par des *squames*, ou simplement par une *épidermique*. La chute des croûtes est suivie de *macules* d'un re disparaissant elles-mêmes bientôt. L'affection est rapide et ne se au-delà d'une, de deux ou de trois semaines au plus. En ayant néralité des faits, en dehors des fièvres éphémères, on peut dire que rarement précédé de symptômes généraux.

ions diagnostiques. — Le diagnostic des différentes espèces d'her- lorsque les vésicules se groupent sur un fond rouge plus ou moins ien limité. On ne saurait alors le confondre avec l'*eczéma* dont les nt plus fines, qui ne fait pas saillie, qui occupe un plus large les vésicules ne sont qu'une période de la maladie, période si fugace, dans certaines circonstances, que l'on a été jusqu'à révo- ite son existence dans des affections considérées comme de nature En dehors des vésicules, ce sont surtout les ulcérations, les les furfures, lorsqu'on les constate à première vue, qui pourraient

ton, la face interne des lèvres, la voûte palatine, et jusque dans le ph
liquide des vésicules d'abord transparent, puis lactescent ou jaunât
lieu, au niveau de la peau, à des croûtes qui tombent vers le septièm
tième jour. Cet herpès est presque toujours précédé d'un malaise fé
ou de deux jours; il accompagne assez fréquemment le coryza, l'
stomatite, surtout la fièvre éphémère, et, suivant Tourdes (de Stra
aurait été un symptôme remarquable dans l'épidémie de *méningite*
spinale épidémique qu'il a observée.

b. — *Herpès du pharynx* (ou *angine herpétique*). — Gubler a
tention, dans les dernières années, sur l'herpès du pharynx comme
l'*angine couenneuse commune*, qui en serait la conséquence néc
fragilité de l'épithélium du pharynx ne permettant pas à cet épithél
soulevé en vésicules. Mais l'observation d'herpès fébriles avec érupti
leuse pharyngienne, dont j'ai rencontré moi-même plusieurs exem
faire modifier cette explication de l'exsudat herpétique signalé par Gu

Lasègue a consacré à l'angine herpétique un long chapitre de so
les angines. Il considère cette affection comme la solution localisée d'
plus ou moins intense, qui survient habituellement sous l'influence d
dissement. — Dans la forme la plus aiguë, un malaise considér
frisson, courbature, céphalalgie considérable, pouls plein, fréquent,
et tout le cortége d'une fièvre intense qui s'atténue en douze heur
marquent le début de la maladie, en même temps qu'apparaît l'herpè
qui est très-précoce, et qui s'accompagne de la gêne gutturale c
toutes les angines. Cet herpès est discret ou confluent; il a pour siég
lection les amygdales, qui sont gonflées, mûriformes, et de là il se p
non aux parties voisines. Il consiste en quelques vésicules, dont l'éru
en moyenne quatre à six jours au plus. Ces vésicules se présentent
formes : l'une, sur laquelle j'avais appelé l'attention dans la premiè
de ce dictionnaire (article Herpès), caractérisée par des vésicules tran
la seconde, dans laquelle la vésicule est de prime abord marquée pa
blanc opaque, qui occupe l'orifice d'une crypte muqueuse, orifice o
loppent toujours les vésicules, suivant Lasègue. Les productions co
qui sont quelquefois constatées, proviennent d'une couche caséeu
développe dans les intervalles des vésicules, et qui peut revêtir la
l'amygdale. Cette couche, qui apparaît à des périodes diverses de l'af
distingue de celle de la vraie diphthérie par son défaut de transpa
surtout par le siége de l'éruption située à l'orifice des cryptes tonsillai
que la couche caséeuse de seconde formation occupe les surfaces
Cela démontre que l'angine couenneuse commune est une simple
tion ou complication de l'angine herpétique. En enlevant la concréti
d'une tige de bois revêtue d'ouate à son extrémité (*Voy.* Pharynx),
les traces des vésicules au niveau des fossettes des amygdales. Dès lor
le fait remarquer Lasègue, l'hésitation n'est plus permise (*Traité*
gines, 1868, p. 63). Cette angine se complique quelquefois de dou
les muscles du cou, et de gonflement des ganglions sous-maxillaires;
favorise l'hypertrophie des amygdales. — Une *forme subaiguë* de ce
tion se manifeste par les mêmes signes locaux, mais elle est apyrét
comme la précédente, elle coïncide fréquemment avec l'herpès labial.

c. — *Herpès du prépuce.* — Il siége à la face externe ou à la face i
ce repli cutané-muqueux. Il présente d'abord, comme particularit
quable, la résorption du liquide des vésicules, auxquelles succèdent

s, mais des *squames* ou une simple *furfuration* légère. De plus, l'éru- de la face interne du prépuce a des vésicules plus larges, extrêmement , transparentes, et qui sont suivies d'*excoriations* superficielles qu sent sans cicatrices et qui diffèrent par conséquent complétement des lions syphilitiques. Lorsque l'herpès en se renouvelant suit une marche que, comme l'a signalé Biett, l'inflammation plus profonde rend le pré- moins souple, plus rude; elle rétrécit beaucoup son ouverture, qui devient efois comme cartilagineuse, et se fendille ou se gerce avec douleur on veut le ramener vers la base du gland.

– *Herpès de la vulve.* — Cet herpès, qui a été l'objet d'un très-bon Mé- de Legendre (*Arch. de méd.*, 1853), a une plus grande importance que cédents, parce que l'on peut facilement le confondre avec des lésions tiques, confusion dont les conséquences seraient toujours graves.

n Legendre, dont le travail me servira ici de guide, l'herpès de la vulve ente sous deux aspects différents, suivant qu'il est limité à un ou deux s de vésicules, ou qu'il consiste en un grand nombre de vésicules dissé- ou groupées.

le premier cas, on observe rarement soit le groupe de vésicules qui le début de la maladie, soit le soulèvement bulleux que peuvent former ssement et la confusion des vésicules; très-souvent on est consulté l'érosion de la bulle pourrait donner le change et être prise pour un e si l'on n'était averti. — Quand l'herpès est plus étendu et occupe de eux points de la face interne et externe des grandes lèvres, et souvent du périnée et de la marge de l'anus, il y a des cuissons brûlantes et des rs vives dans les parties génitales externes, surtout au moment du des urines et pendant la marche. On trouve les parties atteintes tumé- t rouges, et occupées par de nombreuses *ulcérations* qui peuvent re jusqu'aux cuisses et qui sont ordinairement superficielles, à fond , nettement découpées et de la largeur d'une petite lentille, à moins s ne soient réunies et alors plus étendues. Il en est qui ont des bords , taillés à pic par suite de ce gonflement, et qui simulent encore mieux érations syphilitiques. Heureusement que, dans la plupart des cas, on en même temps des groupes de vésicules à liquide transparent ou lac- , des vésicules récemment déchirées, des soulèvements bulleux de rme, ou enfin des croûtes brunâtres du volume d'un grain de chènevis uvrant une petite ulcération sous-jacente. Pour rechercher ces signes ristiques, il faut tendre la peau et effacer les plis et les rides au milieu ls ils sont souvent cachés. Dans tous les cas de cette espèce, les gan- lymphatiques de la partie interne des aines sont tuméfiés et sensibles; uièrent quelquefois le volume d'un petit œuf de pigeon au toucher.

cération herpétique peut faire saillie en se cicatrisant, et simuler des es *muqueuses;* cela est très-rare heureusement, car on ne pourrait ici de méconnaître l'herpès si l'on n'avait pas suivi toutes les phases de die.

marche rapide de l'herpès est caractéristique : elle se termine par la n en peu de jours. Les ulcérations perdent leur aspect grisâtre *du jour demain*, et leur cicatrisation se fait en général en quatre ou cinq jours, ns quelques cas où elle se fait attendre dix, quinze jours et plus. Il y le là à la marche si lente des ulcérations syphilitiques. — Il y a aussi uses de l'herpès dont la connaissance favorise le diagnostic, comme e menstruelle, la grossesse, les courses longues à pied, la saison chaude

pour les femmes obèses, et tous les frottements répétés de la vulve excès de coït, tentatives de viol, masturbation).

e. — *Herpès tonsurant* (Cazenave). — Il siége au cuir chevelu, com nom l'indique. Mais ce n'est pas une affection parfaitement définie sens qu'elle rentre dans la teigne tonsurante de Bazin, et que cett tion n'a pas toujours le caractère vésiculeux, selon ce dernier obs (*Voy.* TEIGNES).

f. — *Herpès circiné.* — La même incertitude existe sur la nature leuse de l'herpès circiné, qui est caractérisé par des cercles érythém furfuracés sur le cuir chevelu, au niveau de la barbe, du dos des mains de la droite), de la partie externe de l'avant-bras. Est-il une affection interne toujours identique, ou la simple conséquence de la germinat cryptogame microscopique dans les points où se manifestent les plaque tiques? C'est une question en litige avec de grandes probabilités pour sitisme (*Voy.* PARASITAIRES [Affections] et TEIGNES).

g. — L'*herpès iris* est composé de cercles concentriques disposés en autour d'un centre vésiculeux, d'un blanc jaunâtre, et parfois de coule rente, pouvant varier du rose au rouge brun. Bazin considère cet herpè une simple variété de l'herpès circiné parasitaire, n'attachant aucun tance à la forme dite élémentaire des éruptions qui accompagnent le arrondies.

h. — Devergie rapproche de l'herpès circiné l'herpès à *forme quad* qu'il a observé sur les membres supérieurs d'un homme de soixa atteint d'un eczéma chronique des bourses. L'éruption formait un car de 2 centimètres, consistant en un liseré rouge vif, parsemé de petites adhérentes, résultant des vésicules rompues, et circonscrivant une pe Le mal avait débuté par un point qui s'était guéri à mesure que l s'élargissait (*Union méd.*, 1866).

i. — On doit admettre comme une variété d'herpès bien tranchée, *fébrile aigu et plus ou moins généralisé*, qui débute par des sy généraux auxquels succèdent des plaques d'éruption herpétique vés bien caractérisées, se montrant simultanément dans diverses part rieures du corps, ainsi qu'au pharynx, et se terminant au bout d'un s environ par une exfoliation épidermique. J'en ai observé trois cas, éruption très-généralisée, et coïncidant avec un érythème noueux aux inférieurs. Les jeunes femmes qui en étaient affectées, examinées cha ne présentèrent aucune pseudo-membrane dans le pharynx. Bucquo contré un fait de ce genre chez un malade atteint de *delirium treme* lique.

3° *Pronostic.* — Quelles que soient les variétés de l'herpès, et q soit sa durée, cette affection doit être considérée comme bénigne. C l'herpès aigu généralisé peut s'observer dans des cas suivis de mort dans l'intéressante observation communiquée par J. Simon à la So hôpitaux en 1865, et qui concernait une jeune fille âgée de quatorze a la mort, en pareille circonstance, est due à une maladie principale, qu sait être une affection typhique chez la malade dont il vient d'être L'herpès généralisé n'est alors qu'une complication.

HERPÉTIDES, HERPÉTISME. — On a compris sous cette nation toutes les manifestations cutanées de la DARTRE, appelée aussi *her* en considérant cette dernière comme une maladie constitutionnelle. Ces tations cutanées sont plus ou moins nombreuses, suivant l'idée que l'on

ɜ les deux savants médecins de Saint-Louis à ce sujet montre quelles on éprouve à circonscrire nettement l'état constitutionnel appelé

ROMORPHIE. — *Voy.* INSPECTION.
CRATIQUE (Facies). — *Voy.* FACE.
RIE. — *Voy.* URINES.
ET. — Ce phénomène, qui résulte de la contraction subite et invo- diaphragme, est habituellement très-secondaire comme élément de Il se montre chez les sujets nerveux, surtout chez les femmes hysté- principalement à la suite d'émotions vives. Il se rencontre dans la , dans les cas graves d'*occlusion intestinale*, de *tympanisme* , de *cystite aiguë*, dans certaines *coliques saturnines*, dans la *diaphragmatique*, dans les *fièvres graves*, et assez fréquemment le *libations copieuses*.
le hoquet idiopathique se prolonger pendant des mois et des années, ainsi insupportable par sa persistance, qui a entraîné quelquefois un nent marqué.
RTHROSE. — *Voy.* RHUMATISME (articulaire).
TIDES. — Les recherches helminthologiques modernes paraissent li que les larves des téniadés constituent des vers vésiculaires ou les *hydatides* en un mot. Cependant on n'a pas encore saisi la filia- ourrait exister entre l'*embryon*, l'*hydatide*, l'*échinocoque*, et le *ver* parfait, qui représenteraient le filiation du développement complet l. Je n'ai pas à discuter cette théorie; je la rappelle seulement parce simplifié la classification des acéphalocystes ou hydatides, qui consti- ur Laennec au moins trois genres différents : les acéphalocystes, les es et les échinocoques.
est l'auteur qui a le plus complétement étudié les hydatides au

considérable, parfois même au nombre de plus de mille. La tumeur est énorme et peut égaler la grosseur d'une tête d'homme.

Ces tumeurs subissent des modifications importantes à rappeler. Le li dans lequel nagent les hydatides, le plus souvent limpide et transparent c de l'eau, peut ressembler à du pus, à du tubercule ramolli, ou avoir une rougeâtre (sang) ou verdâtre (bile). Il peut se résorber, et le kyste se r et se durcir, en devenant athéromateux.

Les tumeurs hydatiques ne peuvent être diagnostiquées à leur début, et dant longtemps même, si elles ne gênent pas notablement les fonctions. lorsque la tumeur est constatée, on aura lieu de croire, dit Davaine, qu'e formée par des hydatides, lorsque, existant depuis longtemps, développé tement et ayant acquis un grand volume, elle n'a occasionné ni doule fièvre, ni dépérissement dans l'économie. On considérera, en outre, q tumeur hydatique est ordinairement globuleuse, régulière, élastique; q donne un son mat à la percussion, et que souvent on peut y sentir la flu tion. Quelquefois elle est le siége d'un frémissement particulier, dit *hydati* qui peut être regardé comme pathognomonique. Ce signe, indiqué d'abor Blatin (1801), suivant Davaine, puis décrit et étudié par Briançon d *Thèse* (1828), et par Piorry (1828), consiste en une sensation de vibrati de tremblotement que ressent une main exactement appliquée sur la tu tandis qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cett meur. L'auscultation réunie à la percussion fait entendre des vibrations ou moins graves, semblables à celles que produirait une corde de (Briançon). Ce signe, perçu par Tarral (*Journal hebd. de méd.*, 1830, t. par Rayer et Brun, par Jobert dans un cas d'*hydatide solitaire*, est rar constaté. Il n'est pas pathognomonique. Je l'ai obtenu au niveau d'un can foie que j'ai pris avec Follin pour une tumeur hydatique. Il faudrait se g de confondre ce frémissement avec la crépitation des *bourses synoviales* comme l'a vu Davaine, dans les *abcès froids* divisés par des cloisons ou le foyer est en bissac. On doit considérer comme exceptionnel le *tinte métallique* entendu passagèrement à distance par Guillemain et se prod dans un kyste hydatique (*Gaz. méd.*, 1847).

« En général, dit Davaine, l'absence de fièvre ou de douleur permet pas confondre une tumeur hydatique avec un *abcès*, l'absence de batte et la lenteur de son développement avec un *anévrysme*, l'absence de do et d'altération dans l'économie avec une tumeur *cancéreuse*. Le diag devient plus difficile lorsque, autour du kyste hydatique, il est survenu de flammation ou de la suppuration : alors la douleur, les frissons et la peuvent faire croire à un abcès, le dépérissement à une tumeur cancér mais la marche de la tumeur et son grand développement avant l'invasion fièvre éclaireront le diagnostic.

« Les kystes hydatiques étant fréquemment multiples, lorsque l'on constaté dans un organe l'existence d'une tumeur de ce genre, et que *symptômes de compression* se manifesteront dans un autre organe ina sible à l'exploration, il sera présumable qu'il existe dans celui-ci un se kyste hydatique. »

Dans les cas où la nature d'une tumeur volumineuse reste indéterminée a conseillé de pratiquer une ponction exploratrice faite avec un trocart capi s'il donne issue à un liquide clair et limpide, cela seul devra faire soupç fortement l'existence d'un kyste hydatique. Mais ces ponctions capillaires n pas sans danger.

liquide, en effet, a des propriétés particulières qui le distinguent de celui panchements d'une autre nature. Ne contenant que des traces d'albumine, se *coagule pas par la chaleur ou les acides* (Redi, Dodart, Récamier), mme il renferme une quantité assez considérable de chlorure de sodium, istaux *de ce sel deviennent apparents au microscope* lorsqu'on laisse er une goutte de liquide sur une lame de verre. Davaine fait remarquer s particularités ne sont guère constatées qu'à une première ponction, le hydatique étant remplacé dans les suivantes par le sérum très-albu- x du sang, qui a transsudé dans le kyste pour remplir le vide qui s'est t. Gubler donne une autre explication du fait. Selon lui, les hydatides s absorbent l'albumine du liquide du kyste, et cette albumine ne s'y tre que lorsqu'elles sont mortes (*Soc. des hôpit.*, 1868).

peut reconnaître les mêmes caractères au liquide hydatique limpide qui ulsé au dehors, soit à travers la peau, soit par les voies naturelles, et t faire également soupçonner l'existence d'une tumeur hydatique. Mais s cas de ruptures, l'expulsion d'autres éléments hydatiques met plus ent encore sur la voie du diagnostic et lui donne même la certitude. Ce 1° des hydatides vésiculaires entières; 2° des débris membraneux de leur ppe; 3° les échinocoques ou leurs crochets.

pulsion des *vésicules entières* est pathognomonique. Il en est de même s *débris membraneux*, mais à la condition de ne pas les confondre avec pris d'une autre na- ur, le microscope montre qu'il s'agit tides si les lam- examinés à son aide *ur tranche*, mon- s lames superposées composent et qui se ent en lignes paral- omme celles de la e d'un livre, *fig.* 94. s le signe le plus im- t, en ce sens qu'on e constater avec les des, dans le liquide provient, ou sur les membraneux eux- s. ce sont les *échino- s* ou leurs *crochets*.

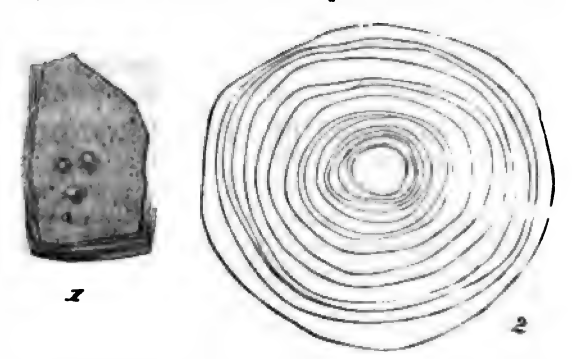


Fig. 94. — Hydatide de l'homme. — 1, fragment de grandeur naturelle; la tranche montre les feuillets dont le tissu se compose; à la surface externe existent des bourgeons hydatiques à divers degrés de développement (acéphalocyste exogène de Kühn); 2, un des bourgeons comprimé et grossi 40 fois; il est formé, comme l'hydatide souche, de feuillets stratifiés; la membrane germinale ne s'est point encore développée dans la cavité centrale. Il n'y a pas de trace d'échinocoque.

hinocoques se montrent à l'œil nu sous forme de grains de semoule blan- s ou grisâtres, qu'il faut examiner au microscope pour ne pas les confondre s granulations graisseuses isolées ou agglomérées que renferment, suivant , certaines acéphalocystes stériles, *fig.* 95. La forme falciforme, l'aspect des crochets, qui se détachent de l'animal vivant ou qui restent agminés en ne s'il est tombé en putréfaction, est un signe microscopique qui, à lui st aussi concluant, pour l'existence des hydatides, que la constatation de l entier. C'est à Livois (*Thèse*, Paris, 1843) que l'on doit d'avoir signalé tance des échinocoques comme un élément du diagnostic.

pulsion des hydatides, soit à travers la peau par un abcès ouvert spon- nt ou par une incision chirurgicale, soit par les voies naturelles,

soulève immédiatement la question du *siége anatomique* de la tumeur. Ce siége est connu d'avance si l'on a diagnostiqué préalablement une tumeur qui s'affaisse par suite de l'évacuation de son contenu, et si cette tumeur a pu être localisée dans un organe. Cependant, la tumeur étant constatée, il peut y avoir doute sur le siége anatomique. Alors il faut tenir compte de la voie par laquelle s'est faite l'expulsion des hydatides, quoique cette donnée ait une valeur limitée. On sait, en effet, que l'expulsion *par les voies respiratoires* est due le plus souvent à des kystes intra-thoraciques, mais aussi à des kystes du foie, et plus rarement à des kystes de la rate, du rein ou du péritoine. De même les hydatides expulsées par l'anus et les voies urinaires proviennent ordinairement de kystes intra-abdominaux; mais on a vu exceptionnellement un kyste des poumons s'ouvrir dans l'intestin (Laennec). Le mélange au liquide ou aux débris hydatiques d'éléments anatomiques propres à certains organes est un signe qu'il ne faudra pas négliger de rechercher à l'aide du microscope, car c'est celui qui peut le plus sûrement indiquer l'organe occupé par le kyste.



Fig. 95. — Echinocoques de l'homme. — 1, groupe d'échinocoques encore adhérents à la membrane germinale par un funicule, grossi 40 fois; 2, échinocoque grossi 107 fois; la tête est invaginée à l'intérieur de la vésicule caudale; il existe un funicule; 3, le même, comprimé; la tête rétractée, les ventouses, les crochets et les corpuscules calcaires sont apparents à l'intérieur; 4, échinocoque grossi 107 fois; la tête est sortie de la vésicule caudale; 5, couronne de crochets grossie 150 fois.

Le pronostic des kystes hydatiques varie suivant leur situation et leur volume. Selon Davaine, les tumeurs de ce genre qui, ayant duré longtemps, ne s'accroissent plus ou même subissent un retrait appréciable, pourront être considérées comme en voie de guérison. Il en sera de même lorsqu'elles se seront ouvertes au dehors ou dans un organe en communication avec le dehors, et que leur volume tendra à diminuer. Elles sont au contraire très-graves lorsqu'elles occupent un organe important, si elles sont d'un grand volume ou multiples, si les parois du kyste sont devenues cartilagineuses, et si elles ont causé de l'amaigrissement ou l'inflammation d'un organe important. Elles sont mortelles quand la rupture se fait dans une grande cavité séreuse, ou lorsque, ouvertes dans une voie naturelle, les symptômes généraux s'aggravent, que les matières expulsées prennent une odeur gangréneuse, ou lorsqu'il survient une pneumonie (Davaine).

Pour compléter ce que j'ai à dire du diagnostic des kystes hydatiques, il me reste à signaler les différences qu'ils présentent, sous ce rapport, suivant les organes qu'ils occupent.

Les hydatides peuvent siéger dans les organes superficiels du corps, à la tête, à la bouche, au col, aux bras, aux membres inférieurs, aux parois du tronc, ou se développer dans les organes profonds contenus dans les cavités splanchniques.

. Dans cette dernière circonstance, la seule dont je doive d'ailleurs tenir ite, je négligerai les hydatides dont le diagnostic est impossible, comme s qui sont contenues dans le crâne ou dans le conduit rachidien, et celles pport avec les organes de la circulation. Les hydatides du cerveau agissent ie les TUMEURS de toute autre nature, et les *cysticerques*, dont Davaine a unir vingt-deux faits, agissent de même ; toutefois on doit tenir compte du ie plus petit et de la dissémination de ces vers vésiculaires, ce qui fait peuvent exister longtemps sans déterminer d'accidents notables. Calmeil et ie ont fait remarquer que jamais ils n'ont donné lieu à une paralysie des res ayant quelque durée. Roger a vu un enfant de treize ans qui a succombé accidents de méningite déterminés par des kystes hydatiques du cerveau, t il a communiqué l'observation à la Société médicale des hôpitaux en 165. Le même jour, il rapporta un autre fait concernant un enfant de six i avait succombé à une broncho-pneumonie, survenue à la suite d'une pseudo-membraneuse compliquée de paralysie temporaire du voile du et qui offrit à l'autopsie un cysticerque de la grosseur d'une noisette dans trième ventricule (*Bulletin et Mém. de la Soc. des hôp.*, t. II, 1865). ydatides internes développées dans la cavité thoracique et au niveau des s abdominaux, m'occuperont donc seules, comme se révélant pendant la des signes suffisants.

Iydatides intra-thoraciques.

comprends ici sous un même titre les hydatides du poumon et de la c'est que, pendant la vie, le diagnostic ne saurait aller au-delà de ce : la poitrine contient un kyste hydatique ; et encore ce diagnostic est-il de grande difficulté lorsque la tumeur siége à droite au-dessus du foie.

upposant, en effet, qu'une tumeur intra-thoracique soit diagnostiquée TUMEURS), dans la plupart des cas, il n'y a, comme signes positifs démonu'il s'agit d'un kyste hydatique, que l'écoulement du liquide de l'hydal'aide d'une ponction exploratrice, ou par suite d'une rupture dans les espiratoires, et le frémissement hydatique à la percussion, qui puissent r le praticien d'une manière certaine. Cependant Vigla, qui a publié un nt Mémoire sur les *hydatides de la cavité thoracique* (*Arch. de méd.*, t. VI), a montré qu'en tenant compte de tous les signes locaux, on peut à diagnostiquer ces tumeurs. Il distingue les hydatides intra-thoraciques ppées : 1° dans la cavité même des plèvres; 2° en dehors du feuillet pariéviscéral des plèvres; 3° dans l'un des médiastins; 4° dans le foie ou la rate it envahi la poitrine après avoir refoulé et perforé le diaphragme.

a insiste dans son travail sur les signes qui doivent fixer l'attention : sur ur séméiologique de la *dyspnée* constante, progressive, *sans symptômes aux ;* sur la *dilatation inégale et partielle de la poitrine* du côté affecté, *atité* procédant d'un point quelconque de la circonférence, sans niveau ir, indépendante des lois de la pesanteur, pouvant s'avancer en pointe du posé, avec *absence de tout bruit respiratoire* au niveau de la saillie, *efoulement des organes voisins*, marche chronique, et durée très-longue début. Dans le fait très-remarquable qui a été recueilli par lui, il insista saillie anomale qui siégeait en avant du côté droit de la poitrine, sans lre en dehors au niveau de l'aisselle comme dans les épanchements pleus du côté droit, ou comme les tumeurs volumineuses du foie, affections trouvaient ainsi exclues du diagnostic. Cette première considération sur la thoracique, à propos de laquelle le docteur Vigla voulut bien me demander ris, qui fut conforme au sien, fut le point de départ de son diagnostic par

exclusion. La forme insolite de la matité fit également éloigner l'idée de l'é chement pleurétique, de même que l'absence de battements vasculaires e bruits respiratoires au niveau de la saillie lui fit rejeter l'existence d'un ané ou d'une tumeur solide, qui aurait transmis les bruits du cœur et des poum arriva ainsi à admettre la probabilité d'un kyste hydatique, et une ponctio par Monod, sur la demande de Vigla, vint donner la certitude à ses indu car le malade, après avoir eu d'abord des accès de suffocation menaçants, après l'évacuation par le trocart de 2,450 grammes de liquide avec des ments de vésicules hydatiques.

Dans la plupart des faits observés, les hydatides occupant la base d'u cavités latérales de la poitrine ont été prises pour des épanchements pleuréti et celles occupant le sommet pour des tuberculisations pulmonaires. La ru du kyste et l'expulsion des hydatides (liquide ou fragments de vésicule l'expectoration viennent ordinairement révéler la nature de l'affection thoracique jusque-là méconnue. En supposant que l'on arrive à la connai du kyste intra-thoracique par des signes suffisants, on ne saurait avoir l tention de préciser s'il occupe le poumon, la plèvre ou le médiastin. Il y a on a contesté la possibilité de distinguer d'un kyste intra-thoracique un ayant son point de départ dans le foie ou dans la rate, et qui aurait en côté correspondant de la poitrine. Cependant s'il y a expectoration d'hyd il est clair que le mélange de la bile démontrera qu'il s'agit d'un kyste d ouvert dans les bronches. C'est ce que j'ai reconnu récemment chez une femme qui expectorait des crachats tachés de sang, et mélangés de débris braniformes jaunâtres depuis plusieurs semaines. Ces débris, examinés pa vier, furent reconnus pour être des fragments de vésicules hydatiques av éléments biliaires. Outre une toux fréquente et extrêmement pénible, il n'e comme signes locaux qu'un peu de râles sous-crépitants à la base du poumo en arrière et une matité du foie remontée de deux bons travers de doigt de que de coutume, sans que cet organe dépassât inférieurement le rebord fausses côtes. Trousseau, qui a publié une excellente leçon sur les hydati poumon (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II), a nié leur existence d plèvre, en y expliquant leur présence par leur chute de la périphérie du mon dans la cavité pleurale.

Quoi qu'il en soit, les kystes intra-thoraciques d'un certain volume ne pe guérir que par leur ponction ou leur rupture dans les bronches. Mais cette ture elle-même peut occasionner rapidement la mort en asphyxiant le ma c'est ce que j'ai vu arriver à l'Hôtel-Dieu pour un homme qui, admis à l'h pour une dyspnée excessive, y succomba peu d'instants après, en rejetant p toux une énorme quantité de liquide aqueux et transparent. A l'autopsie, je c tatai un énorme kyste uniloculaire occupant les deux tiers inférieurs du gauche de la poitrine, s'ouvrant dans le tissu pulmonaire par un pertuis étroit. Ce kyste, que j'ai reproduit par le dessin, était sans doute fort an car le poumon, refoulé en avant et diminué de volume sans doute par la c pression, n'y formait qu'une languette en boudin aplati, descendant au-d de la partie gauche du cœur, et présentant d'ailleurs un tissu pulmonaire mal et crépitant.

III. Hydatides intra-abdominales.

Les hydatides du foie sont incomparablement les plus fréquentes relativ à celles qui occupent les autres organes abdominaux, et au moins aussi fréq que celles de tous les autres organes de l'économie réunis, comme le mo les relevés de Davaine (*ouv. cité*, p. 376). On en a observé aussi dans les

ils peuvent produire une pyélo-néphrite comme les calculs), dans le *petit* *in*, bien plus rarement dans l'*ovaire*, et exceptionnellement dans les parois *matrice* et dans les *capsules surrénales*. En dehors des hydatides du foie celles du petit bassin, dont je vais m'occuper en particulier, les autres tides des organes abdominaux ne méritent que cette courte mention, leur iostic étant subordonné à celui de la tumeur elle-même (*Voy*. TUMEURS abdominales) ou à la constatation directe des hydatides expulsées ou de éléments, comme je l'ai indiqué plus haut.

HYDATIDES DU FOIE.

; particularités que présente le diagnostic des hydatides du foie sont nom-es ; aussi les kystes hydatiques de cet organe sont-ils principalement ceux nt servi à formuler l'histoire générale des hydatides. Davaine a parfaite- résumé ce diagnostic (*ouv. cité*, p. 461), et plus tard Trousseau en a fait et d'une de ses leçons (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 3e édit.).

kyste hydatique du foie qui n'a pas encore acquis un grand volume est d'un ostic fort incertain; mais lorsqu'il est volumineux, la présence dans l'hypo-re droit d'une tumeur très-apparente, égale, qui s'est accrue lentement, beaucoup de douleur, sans jaunisse, sans ascite, sans fièvre, sans dépéris-it général, ne peut guère appartenir qu'aux hydatides. — La tumeur hyda- du foie ne pourra guère être confondue avec un *abcès*, qui acquiert ent un grand volume sans être précédé ou accompagné de douleurs et de , — Elle ne le sera pas non plus avec un *cancer*, qui ne forme pas une ir globuleuse et unie. — La tumeur de la *vésicule biliaire* pourrait plus nent être prise pour une hydatide, si elle n'était constamment, et presque début, accompagnée d'une jaunisse intense, de douleurs vives (Davaine, *cité*, p. 461).

gré ces signes distinctifs, il y a des cas dans lesquels le diagnostic offre us grandes difficultés : c'est lorsque l'accroissement de la tumeur hydati- plus rapide que d'ordinaire, est accompagné de douleurs et de fièvre; l'une circonstance particulière, comme une violence extérieure, est venue anger la marche; lorsque, par la compression qu'elle exerce sur les conduits es, sur la veine porte ou sur la veine cave, la tumeur produit un ictère, scite ou un œdème des membres inférieurs, qui changent plus ou moins la onomie ordinaire de la maladie ; et lorsque plusieurs kystes donnent à la faction de l'hypochondre un aspect inégal. Blachez a fait connaître un fait lequel l'inégalité des bords de la tumeur a pu donner lieu à une erreur de iostic, le foie remplissant les deux hypochondres, et son bord présentant scissure au palper, ce qui fit croire à un développement simultané du foie la rate. Ce diagnostic semblait être confirmé par une exagération du nom- les globules blancs du sang constatée au microscope. Une ponction explora-, la nature hydatique de la tumeur ayant été soupçonnée à la suite d'accès uffocation, donna issue à un liquide qui mit l'existence des hydatides hors de ; (*Soc. méd. des hôpit.*, 1868). Le volume du foie était bien plus considé- encore chez une malade âgée de trente-huit ans dont Frerichs a rapporté ervation. Dans ce fait, pendant la vie, *fig*. 96, page 528, l'abdomen était très- ndu par le foie notablement augmenté de volume, puisqu'il donnait lieu à une é remontant à droite jusqu'à la deuxième côte, et en bas jusqu'à l'ombilic, l'on sentait le foie descendre vers la fosse iliaque droite, et remonter vers rtilage de la dixième côte gauche; sa surface était inégale. Une ponction ratrice révéla la nature hydatique de la tumeur. La mort survint, et à psie on trouva le diaphragme refoulé supérieurement très-haut, et le foie

devenu énorme ayant les rapports indiqués, *fig.* 97. Cet organe pes
huit kilogrammes et demi, et le kyste renfermait treize livres de liq
vésicule couverte d'échinocoques à sa face interne (*Traité prat. d*
foie, 2e édit., 1866, obs. I).

Dans ces différents cas, à défaut du frémissement hydatique,
exploratrice avec un trocart capillaire donne des indications précise
ture de l'affection du foie; mais pour la pratiquer, il faut admettr
ponction soit exempte de dangers.

Les erreurs de diagnostic commises le plus fréquemment sont

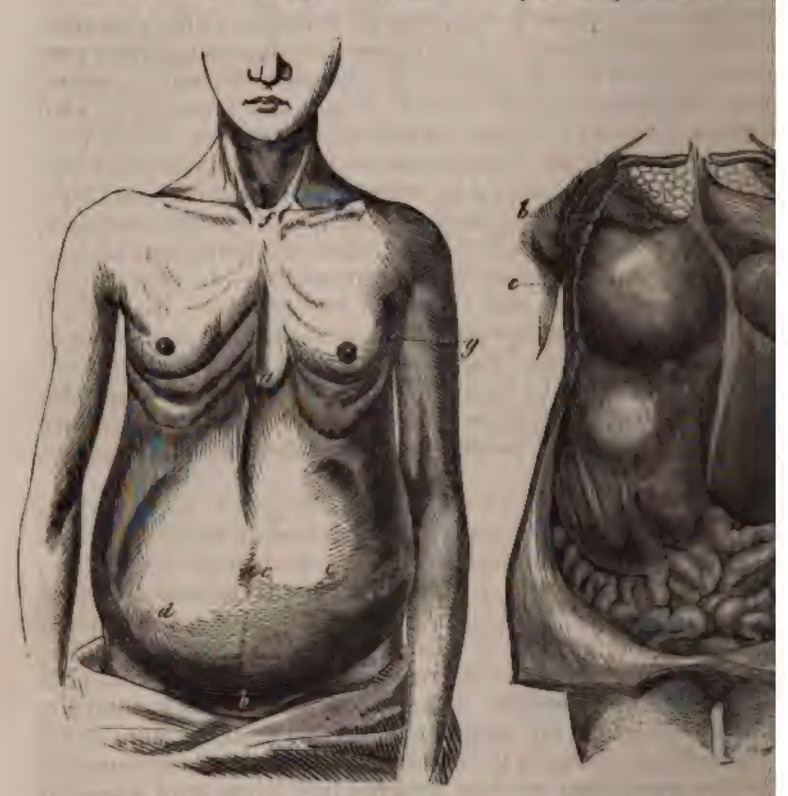


Fig. 96. — Habitus extérieur d'un individu atteint d'échinocoques du foie. — *a*, apophyse xiphoïde. *b*, symphyse. *c*, *d*, *e*, contour du foie. *f*, tête du sternum. *g*, point où a lieu le choc du cœur (Frerichs, *Traité des malad. du foie*).

Fig. 97. — Même individu que
— *b*, limite supérieure du foie
deuxième côte. c, kyste vol
refoulée en haut par le lobe
e, péricarde. *f*, estomac (Fr

résultent de l'envahissement des kystes développés vers la face s
foie, et qui font croire à un *épanchement pleurétique* (*Voy.* Tu
thoraciques). On a vu, en effet, le diaphragme et le poumon droit
jusqu'à la troisième ou la deuxième côte, comme dans le fait
L'énorme distension du kyste vers l'abdomen a quelquefois simulé

Les accidents si variés de la rupture des kystes hydatiques du
seuls mettre sur la voie du diagnostic dans les cas difficiles.

Ces signes ont été bien exposés par Cadet de Gassicourt (*Thès*
varient suivant le siége du kyste et les organes qui l'avoisinent.
peut s'effectuer : 1° *à travers les parois abdominales*, où il s'éta

ɴ près de l'ombilic une fistule qui donne passage à des hydatides plus ou mélangées de pus, parfois pendant plusieurs années; 2° *dans l'abdomen,* ns le péritoine, soit dans l'estomac, les intestins, peut-être la vessie, soit lans les voies biliaires, et (doit-on ajouter) dans la veine cave inférieure l, *Soc. des hôp.*, 1855); 3° *dans la poitrine,* tantôt dans le péricarde, lans la plèvre ou le poumon. Je renvoie à ce que j'ai dit de ces ruptures s des hydatides en général, en ajoutant que le liquide expectoré, dans les rupture dans les cavités aériennnes, peut contenir des éléments de la bile, nontrent le siége de la tumeur hydatique au niveau de l'organe hépatique, je l'ai vu récemment dans le fait rappelé plus haut. Trousseau a té une intéressante observation de ce genre, dans laquelle la communimorbide avait eu lieu à travers une portion de tissu gangréné (*Clinique le l'Hôtel-Dieu*, 1re édit., t. II, 1862).

ronostic des kystes hydatiques du foie est grave; cependant cette affecit être considérée comme une des moins dangereuses de l'organe hépala guérison pouvant avoir lieu par évacuation spontanée des hydatides, r les parois abdominales et le côlon, ou par inflammation non suppurée , dont on doit sans doute rapprocher les faits de guérison par pénétrabile dans la cavité kystique, cités par Leudet (*Soc. anat.*, 1853) et t de Gassicourt. La mort survient de cinq manières différentes, suivant 1° par compression extrême du poumon droit(?); 2° par inflammation ; 3° par rupture dans le péritoine ou la plèvre (on doit ajouter dans la inférieure); 4° par inflammation chronique des voies traversées par les expulsées (intestin, poumon), ou par épuisement dû à la suppuration ouvert au dehors; 5° par oblitération des voies biliaires par des hydades, 1840).

YDATIDES DU PETIT BASSIN.

cot a appelé l'attention sur les particularités remarquables que présenkystes hydatiques du petit bassin, en concluant des douze faits qu'il a e le tissu conjonctif sous-péritonéal est le siége de prédilection de ces hydatiques. Ces kystes, suivant l'auteur, ne sont pas tout à fait rares et t par ordre de fréquence après ceux du cerveau et des poumons; ils ent, en général, avec des tumeurs hydatiques dans d'autres organes. Le uvent ils siégent entre le rectum et le col de la vessie chez l'homme, et e rectum, le vagin et l'utérus chez la femme; ils adhèrent aux organes qu'ils refoulent, et par là diffèrent des kystes de l'ovaire non adhérents. compagnent, à une certaine époque, de phénomènes de compression du , du col vésical (d'où la constipation et l'ischurie), ou de phénomènes natoires locaux et généraux tendant à l'expulsion des hydatides au devec tendance de rupture dans les conduits muqueux, car Charcot n'a pas d'exemple de rupture dans le péritoine. La mort eut lieu par péritonite n jeune homme de vingt-quatre ans, qui n'avait pas uriné depuis quatre t qui offrait une tumeur fluctuante à l'hypogastre jusqu'à l'ombilic. La n'ayant pu parvenir dans la vessie, une ponction fut pratiquée par le , d'où l'on retira trois litres d'un liquide limpide, en même temps que sortait en grande abondance et naturellement par l'urètre. On n'avait nné que le kyste hydatique, interposé entre le rectum et la vessie (*Lan-*64). Une seule fois, dans les faits réunis par Charcot, il a été perçu un ement hydatique dans la tumeur (*Mém. de la Soc. de biologie*, 1852, et *Gaz. méd.*, 1852). Davaine, qui a réuni vingt-sept cas de cette esdont plusieurs, il est vrai, n'ont été reconnus qu'à l'autopsie, range les

kystes hydatiques du bassin parmi les plus graves. Il n'a noté que e
guérison.

HYDRARGIRIE. — On dénomme ainsi un véritable eczéma q
loppe sous l'influence du mercure employé à l'intérieur ou à l'exté
eczéma est ordinairement localisé à la partie interne des cuisses, a
aux aines et à la partie inférieure du ventre. Les éruptions décrites
terre par Allay comme des hydrargiries malignes n'étaient probabl
des scarlatines graves.

HYDROCÉPHALIE. — Depuis qu'il est bien établi que l'o
autrefois sous ce nom un certain nombre d'affections différentes, l
hydrocéphalie a perdu beaucoup de son importance. Elle est aiguë ou

L'*hydrocéphalie aiguë* est une maladie extrêmement rare, c
plutôt par une manifestation anatomique reconnaissable après la mo
un ensemble de symptômes caractéristiques pendant la vie. On a re
effet, que la plupart des faits ainsi désignés n'étaient autre chose qu
ningites tuberculeuses, et l'on a même été jusqu'à penser que l'hyd
aiguë pourrait bien n'être qu'un simple phénomène d'agonie prol
auteurs ne sont d'ailleurs pas d'accord sur les symptômes cérébrau
doit attribuer à l'hydropisie intra-crânienne, ni sur le siége de l'acc
de sérosité, qui a le plus souvent lieu dans les ventricules.

L'*hydrocéphalie chronique*, mieux connue que l'aiguë, a été bi
par Barthez et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*, 1854, t. II
cette maladie survient après la naissance, elle peut succéder à une *h
gie méningée intra-arachnoïdienne* (*Voy.* p. 497). Alors la cépha
convulsions, le coma, etc., symptômes de cette dernière affection, ont
ment précédé l'hydrocéphalie chronique, dont le développement e
insensible et latent dans toute autre circonstance.

Le diagnostic n'est facile, en effet, que lorsque la tête a subi une *ex
de volume* par suite des progrès de l'épanchement intra-arachnoïdi
mentation d'étendue des os du crâne, leur amincissement, l'élévation
minence du front par rapport à la face qui paraît relativement rape
cartement des sutures où l'on sent quelquefois la fluctuation, cons
ensemble de signes probants. Il s'y joint d'ailleurs d'autres signes
mentaires importants, comme ceux qui indiquent une compression
phale : obtusion plus ou moins complète de l'intelligence, difficulté de
ou abolition des mouvements, sensibilité générale diminuée ou abolie
partie limitée, selon Barthez et Rilliet, vue affaiblie ou perdue ainsi q
parole difficile ou impossible. Avec cet ensemble de symptômes, les
nutritives sont intactes dans la plupart des cas.

Vers la fin de la maladie, qui peut s'arrêter à divers degrés de son
puis rester stationnaire jusqu'à l'âge de trente, quarante et même soi
ans, on peut constater des *vertiges* et des *vomituritions* si l'on met l
sur son séant, des *convulsions* ou de la *contracture*, et enfin, si la
atteint les intestins et les muscles respirateurs, des *évacuations invol
des étouffements*, des *inspirations incomplètes*, ou une *suspension
tanée de la respiration*.

L'affection dure rarement moins d'une ou de deux années. Qu'il y ai
une *hémorrhagie intra-arachnoïdienne* préalable, elle se développe
rement vers l'époque de la *première dentition*, à moins toutefois qu
soit congénitale.

Lorsque l'hydrocéphalie chronique survient chez l'adulte, c'est ordina

…ite de l'existence d'une lésion organique, d'une *tumeur* intra-crânienne, …ivant Robert Whytt, cité par Barthez et Rilliet, par la gêne ou l'obstacle …té à la circulation veineuse de l'encéphale. Mais ici la résistance des os du … empêche son ampliation, seul signe qui, joint à ceux que j'ai rappelés …haut, c'est-à-dire à l'affaiblissement graduel de l'intelligence, de la sensi… et de la myotilité, permettrait de diagnostiquer la maladie d'une manière …isante.

… développement de la tête par suite d'un rachitisme des os du crâne a été …pour l'hydrocéphalie chronique; mais Barthez et Rilliet font très-bien re…quer que, dans le premier cas, l'intelligence, loin d'être affaiblie comme … l'hydrocéphalie chronique, est au contraire souvent plus vive. On aurait … les signes fournis par l'oph…oscope, selon Bouchut, la …eure base de diagnostic diffé…el entre le rachitisme borné à …e et l'hydrocéphalie. A mesure …'accumule la sérosité et que la …ression du cerveau augmente, …erait dans l'intérieur de l'œil : …e vascularisation plus grande … papille et de la rétine, avec …tion des veines; 2° un accrois…nt en nombre des vaisseaux …rétine; une infiltration séreuse …lle ou complète de la papille; …se atrophie de la rétine et de …isseaux, une atrophie plus ou … prononcée, quelquefois com… du nerf optique, *fig.* 98. Ces …s, non observées dans le ra…sme, résulteraient de la com…ion des sinus et de celle des nerfs optiques à l'intérieur du crâne. Les mêmes … serviraient à reconnaître l'existence de l'hydrocéphalie chronique chez les …ts à la mamelle. Pour que ces données de diagnostic aient une valeur …que réelle, il faut qu'il soit démontré qu'elles ne se rencontrent pas dans …res états pathologiques indépendants de l'hydrocéphalie, ce qui n'est pas …e suffisamment établi. — L'*hypertrophie du cerveau* a des signes trop …tains pour que l'on puisse les comparer à ceux ordinairement plus précis …ydrocéphalie chronique.

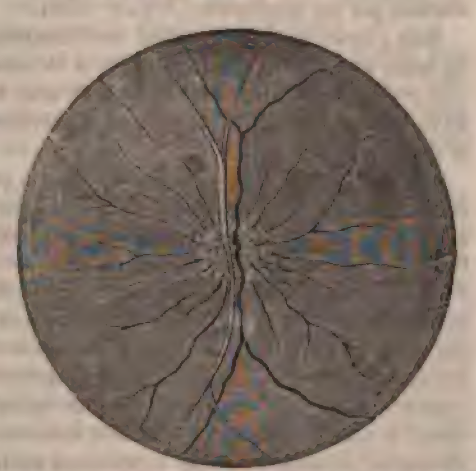


Fig. 98. — Hydrocéphalie chronique chez un enfant de quatorze mois. Infiltration séreuse de la papille voilant l'expansion du nerf optique (Bouchut).

…n'est pas possible de diagnostiquer le siége anatomique extra ou intra…culaire de l'épanchement de sérosité dans le crâne. Cela est fâcheux, car …chement intra-arachnoïdien est évidemment moins sérieux que celui qui …nd les ventricules.

…oique rarement mortelle en peu de temps, et pouvant se prolonger un grand …bre d'années, l'hydrocéphalie chronique est cependant toujours grave. Elle … beaucoup plus de gravité lorsqu'elle est intra-ventriculaire que lorsqu'elle suc… à l'hémorrhagie intra-arachoïdienne. Léonard W. Sedwick a vu guérir un en… …leux ans par l'issue spontanée du liquide au dehors (*The Lancet*, 1856).

…ROÉMIE ou **Pléthore séreuse.** — *Voy.* Anémie (p. 60).

…DROMÉTRIE. — *Voy.* Rétentions et Tumeurs (abdominales).

…YDRONÉPHROSE. — *Voy.* Rétention (d'urine).

... question de pratique, qui se rattache à la conservation de l'hymen, ... de l'obstacle qu'il oppose à l'exploration de l'utérus par le toucher ou ... spéculum. Il est évident que ce n'est qu'avec une extrême réserve ... médecin peut se décider à inciser préalablement l'hymen. Il faut qu'il y ... risé par l'urgence; que la malade, atteinte d'une affection utérine grave, ... plus de la première jeunesse, et enfin qu'il n'y ait pas d'autre moyen de ... un traitement direct présumé efficace.

...PERÉMIE. — *Voy.* CONGESTIONS.

...RESTHÉSIES. — Ce mot a été employée par les auteurs non... ... pour exprimer une sensibilité excessive aux impressions venues du ... qui est son véritable sens, mais encore les véritables douleurs spon... ...nstituant les névralgies et les viscéralgies. C'est là une confusion re... ... qui rend difficile l'étude diagnostique des hyperesthésies.

... l'anesthésie, l'hyperesthésie cutanée, ou DERMALGIE, peut être par... ...plus ou moins généralisée dans les différentes parties du corps. L'exa... de la sensibilité peut d'ailleurs atteindre tous les organes sensibles, ... (vue, ouïe, odorat, goût), les muscles, les filets nerveux, et même les

...nditions pathologiques de l'hyperesthésie sont assez variées pour que ...cation soit souvent difficile à déterminer, d'autant mieux qu'elle a ... ici incomplétement étudiée. Aussi me contenterai-je de les énumérer. ...-Fardel rappelle (*Mal. des vieill.*, 1854) que l'exaltation de la sensi... ...tanée est fort justement mise par Récamier au nombre des signes carac... ... du *ramollissement cérébral*, mais que ce phénomène appartient exclusivement au ramollissement qui débute graduellement, et non à ... sont apoplectiformes. — L'hyperesthésie est un symptôme de la *para... ...nérale des aliénés*, et de l'*alcoolisme chronique*. — On la rencontre *congestion de la moelle* (Luys, *Recueil de la Soc. d'observ.*, t. I), *myélite*, l'*hématorachis*, la *méningite* rachidienne, la *méningite ...spinale épidémique*, où l'exaltation de la sensibilité serait extrême (et ...sie très-rare), quelquefois dans la méningite tuberculeuse, dans la... ...anesthésie est au contraire commune. — L'hyperesthésie (jointe à l'a... pour tout exercice) peut longtemps être le symptôme de l'*ostéomalacie* ... n'apparaissent les déformations osseuses (Beylard). — Il y a exaltation des sens dans la *rage*. — Les *membres* et la région spinale sont quel... le siége d'une hyperesthésie qui coïncide avec la *paralysie diphthéri...* ...ingault). — Certaines lésions locales produisent des hyperesthésies éga... ...ocalisées : au cuir chevelu dans certaines *teignes*, au rectum avec les ..., dans les parties atteintes de *névralgies* (indépendamment des foyers ...ux). — D'autres névroses, comme la *migraine*, le *tétanos*, s'accompa... hyperesthésies diverses. Mais il n'est aucune affection dans laquelle les ...hésies soient aussi généralisées ou aussi variées que dans l'HYSTÉRIE, ...uelle les phénomènes d'hyperesthésie les plus irréguliers peuvent se ...er et alterner ou coïncider avec des anesthésies partielles. Cette coïnci... ... l'exaltation de la sensibilité dans un point, et de son obtusion ou de ...ition dans d'autres, est un fait qui se remarque aussi dans les condi... ...emment rappelées, mais qui n'a pas toujours été recherché avec ...uteurs. L'hyperesthésie partielle suivie d'anesthésie se remarque ... DES GRECS.

...ROPHIES. — On a décrit anatomiquement, comme une classe ... maladies, l'augmentation de volume des organes par simple

HYDROPÉRICARDE. — *Voy.* PÉRICARDITE.

HYDROPHOBIE. — On doit toujours considérer l'hydrophobie c
un symptôme complexe, caractérisé par l'horreur de l'eau et des liquid
la constriction spasmodique du pharynx que détermine la vue de ces liqui
parfois par une anxiété plus ou moins grande et des convulsions plus ou
généralisées.

L'hydrophobie constitue un phénomène très-fréquent, *mais non co*
de la RAGE, qu'on ne saurait par conséquent dénommer *hydrophobie ra*
On a rencontré encore l'hydrophobie comme épiphénomène de la *grosse*
l'*hystérie*, de certaines *maladies fébriles* graves, d'*œsophagite* (Mondié
fièvre pernicieuse dite hydrophobique, et enfin comme symptôme d'em
nement par les *septiques* (*Voy.* p. 339).

Mais l'hydrophobie a surtout de l'importance comme *névrose* indépe
de toute inoculation virulente. Elle a été dite alors *hydrophobie rabifo*
non rabique, ou *rage spontanée*, et tous les symptômes pourraient êt
de la véritable rage, même jusqu'à la terminaison fatale. C'est une questi
je discuterai au mot RAGE.

HYDROPISIES. — Si la physiologie pathologique des hydropisies
étude complexe, il en est de même de leur diagnostic envisagé d'une
générale. Comme signes locaux communs des épanchements séreux qui
tuent les hydropisies, on a bien la *tumeur* apparente qu'ils peuvent for
fluctuation que fournit la palpation, le *déplacement du liquide* reconn
percussion, le *bruit de flot* ou de succussion que l'auscultation perçoit lo
gaz est joint au liquide, et enfin l'*écoulement de ce liquide* par la canul
trocart explorateur; mais ces divers signes ne sont pas constants, et ils
contrent aussi dans les épanchements inflammatoires. On ne peut donc
miner la nature hydropique ou non inflammatoire d'un liquide dans les
viscérales (en supposant que la présence du liquide soit démontrée) qu'en
compte de l'ensemble des phénomènes antérieurs ou actuels.

On recherchera avant tout s'il n'existe pas, comme origine de l'épanch
une *cause générale* d'hydropisies (alors multiples), comme une affecti
diaque, une albuminurie, une maladie fébrile (la *scarlatine*, et bien plu
ment la *rougeole*), une cachexie (*Voy.* ANASARQUE).

D'autres fois la cause de l'hydropisie est la compression d'un tronc
(œdème localisé), ou bien une *maladie locale*, comme l'obstruction de
duits de certaines cavités naturelles (vésicule biliaire, bassinets des rein
rus). Enfin on a admis des hydropisies survenant dans les séreuses
épiphénomènes de maladies particulières, ou comme conséquences de l'i
mation.

On comprend dans les hydropisies : l'HYDROCÉPHALIE, l'*hydrorachis*,
peut se diagnostiquer que lorsqu'il existe un spina bifida, l'*hydropéri*
(*Voy.* PÉRICARDITE), l'ASCITE, l'*hydarthrose*, suite de RHUMATISME artic
l'ANASARQUE, l'ŒDÈME. Il y a encore l'*hydropisie de la vésicule* biliaire, l'*h*
néphrose, et l'*hydrométrie*, dont il est question aux mots RÉTENTIONS et TU

HYMEN. — L'étude de l'hymen intéresse plus particulièrement le
cin légiste que le médecin praticien. Cependant, au point de vue clinique,
quelquefois nécessaire, dans le doute d'une grossesse, de s'assurer s'il y
oui ou non, rapprochement sexuel. Il faut alors tenir compte, comme
de ce rapprochement, malgré la conservation de l'hymen, du refoulement
repli au fond d'une espèce d'infundibulum opéré par le pénis au niveau d
gin (Tardieu).

qui rend difficile l'étude diagnostique des hyperesthésies.

: l'anesthésie, l'hyperesthésie cutanée, ou DERMALGIE, peut être par- ›lus ou moins généralisée dans les différentes parties du corps. L'exa- de la sensibilité peut d'ailleurs atteindre tous les organes sensibles, vue, ouïe, odorat, goût), les muscles, les filets nerveux, et même les

ıditions pathologiques de l'hyperesthésie sont assez variées pour que ·ation soit souvent difficile à déterminer, d'autant mieux qu'elle a ici incomplétement étudiée. Aussi me contenterai-je de les énumérer. -Fardel rappelle (*Mal. des vieill.*, 1854) que l'exaltation de la sensi- ınée est fort justement mise par Récamier au nombre des signes carac- ; du *ramollissement cérébral*, mais que ce phénomène appartient xclusivement au ramollissement qui débute graduellement, et non à ont apoplectiformes. — L'hyperesthésie est un symptôme de la *para- ·rale des aliénés*, et de l'*alcoolisme chronique*. — On la rencontre *ongestion de la moelle* (Luys, *Recueil de la Soc. d'observ.*, t. I), *ıyélite*, l'*hématorachis*, la *méningite* rachidienne, la *méningite pinale épidémique*, où l'exaltation de la sensibilité serait extrême (et e très-rare), quelquefois dans la méningite tuberculeuse, dans la- esthésie est au contraire commune. — L'hyperesthésie (jointe à l'a- ur tout exercice) peut longtemps être le symptôme de l'*ostéomalacie* ıpparaissent les déformations osseuses (Beylard). — Il y a exaltation es sens dans la *rage*. — Les *membres* et la région spinale sont quel- siége d'une hyperesthésie qui coïncide avec la *paralysie diphthéri-* zault). — Certaines lésions locales produisent des hyperesthésies éga- alisées : au cuir chevelu dans certaines *teignes*, au rectum avec les dans les parties atteintes de *névralgies* (indépendamment des foyers x). — D'autres névroses, comme la *migraine*, le *tétanos*, s'accompa-

exagération de nutrition. Mais cette augmentation de volume, (pendant la vie, peut être due à toute autre cause qu'à un excès de t éléments essentiels. C'est ce qui arrive, par exemple, pour la *paralysie hypertrophique* ou *myo-sclérosique* de Duchenne, dans laquelle qu'hypertrophie *apparente* du tissu musculaire. Pour les viscères, hypertrophie est très-difficile à déterminer au lit du malade, et lorsq met, on exprime plutôt son ignorance sur la véritable cause de l'accr de volume de l'organe qu'on ne reconnaît une hypertrophie réelle. C' arrive, par exemple, pour le foie ou la rate augmentés de volume. Il fa dant reconnaître que les recherches histologiques modernes ont éc jour tout nouveau la question des hypertrophies, en révélant dans le la nature réelle de beaucoup d'entre elles.

Les hypertrophies des organes les mieux connues sont : d'une hypertrophies extérieures; d'autre part, les hypertrophies du cœur et l'utérus, les seules des organes internes qui soient caractérisées par suffisants. On a bien essayé de tracer une description symptomatique (trophie du *cerveau*, mais les signes en sont trop incertains pour avoir ı particulière. Le docteur Higguet a signalé en outre l'hypertrophie (vésicales, donnant à la vessie une rigidité qui l'empêche de revenir même, comme la condition du *gargouillement vésical* (*Voy.* ce mo quelquefois le cathétérisme par suite de l'aspiration de l'air et des gouttes d'urine à la fin de son écoulement par la sonde.

I. **Hypertrophie du cœur.**

On rencontre rarement dans la pratique l'hypertrophie simple du plus souvent elle constitue une lésion secondaire.

1° *Éléments du diagnostic.* — L'absence de *douleur* au niveau des *palpitations* habituelles, de la *dyspnée*, de l'*oppression;* un so visible de la région précordiale à chaque impulsion du cœur, dont peut battre sensiblement plus en dehors et en bas du mamelon que normal (*Voy.* Cœur, p. 203); une *impulsion* manifestement exagé la palpation; une *matité précordiale* résistante et étendue, qui peut jusqu'à 10 et 12 centimètres de diamètre, et qui rappelle la forme a cet organe; à l'auscultation, l'*obtusion des bruits du cœur*, qui so étouffés et ordinairement prolongés, mais *sans souffle* propre à l'hyp un *pouls* au contraire *large et fort*, régulier, avec fréquentes *cong la face*, et avec ou sans *troubles généraux de la circulation :* te semble des signes attribués à cette hypertrophie.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque ces signes se trouvent r coïncidence d'autres altérations du cœur, il est clair que leur ensembl de doute l'existence de l'hypertrophie de cet organe. La matité éte forme spéciale; la déviation de la pointe du cœur en dehors du voi mamelon, lorsqu'il n'existe pas d'épanchement ou de tumeur du côté poitrine qui refoulent le cœur à gauche; l'énergie des palpitations, d sion de l'organe et du pouls, contrastant avec l'étouffement des bruits l'auscultation, ne peuvent laisser aucune hésitation au diagnostic. Mai considère isolément ou en petit nombre, ces signes perdent presque valeur; et, ce qui contribue encore à leur donner de l'incertitude, c'e comitance d'autres lésions cardiaques et notamment de lésions valvul

J'ai dit plus haut que l'hypertrophie du cœur était le plus souvent s Il en résulte que la constatation de l'une des maladies dont elle pro tuellement sera une donnée précieuse pour le diagnostic. Parmi ces m

'abord les *rétrécissements* ou l'*insuffisance* des orifices du cœur, sent l'hypertrophie cardiaque en nécessitant des efforts incessants de ı de la part de l'organe. Il en est de même de l'*emphysème pulmo-* cours duquel l'hypertrophie du cœur, signalée par Louis, s'observe le nt comme lésion unique de l'organe, ainsi que l'ont démontré de nom- servations (*Mém. de la Soc. d'observ.*, t. III). Des *adhérences géné-* éricarde ont été également considérées comme cause de l'hypertrophie ıpe (*Voy.* ADHÉRENCES, p. 19); et enfin Larcher admet que cet état ɜt normal pendant le cours de la *gestation* (*Arch. de méd.*, 1859,

ɔitations nerveuses de l'anémie en imposent souvent aux médecins ıypertrophie cardiaque, surtout lorsqu'ils examinent les malades par sous l'influence de l'émotion que provoque l'exploration. C'est un ɔlus importants de la pratique; il me suffit de le signaler, car avec de on évitera cette grave méprise. L'erreur en pareil cas, s'il y avait la *ɜreuse* signalée par Beau, serait plus facile que dans l'anémie simple, là l'impulsion exagérée du cœur, la matité étendue et la plénitude ourraient en imposer davantage.

'approcher de ces faits ceux d'anémie ou de cachexie dite exophthal- ıs lesquels l'excitation cardiaque et vasculaire est portée à l'extrême; saillie des globes oculaires et le développement de la glande thyroïde ɔagnent les palpitations lèveront ordinairement tous les doutes. — La *graisseuse* du cœur pourrait être prise aussi pour son hypertrophie; natité est étendue dans les deux cas, en revanche il y a, dans le pre- ɔbésité générale exagérée et une atténuation de l'impulsion qui em- les confondre.

de l'hypertrophie, qui occupe presque constamment le cœur gauche, cile à déterminer si elle a seulement envahi le ventricule droit. Bouil- bué à l'*hypertrophie du ventricule droit :* le siége des battements ıtité à la partie inférieure du sternum, ainsi que des hémorrhagies ɜs, la turgescence des jugulaires et le pouls veineux. Mais il est diffi- pas croire alors à une lésion valvulaire, plus importante que l'hyper- ɜ-même.

ɜ plus ou moins prononcé de l'hypertrophie peut être établi par l'é- la matité et de l'impulsion, ainsi que par l'écartement de la pointe — Quant à ses *formes*, que l'on a admises au nombre de trois, suivant ıcité des cavités reste la même, augmente ou diminue, elles ne sont ɜs faciles à distinguer, sauf dans les cas où la dilatation est pronon- pendant il est difficile de comprendre que les bruits clairs, la fai- 'impulsion du cœur et celle du pouls, que l'on attribue à la dilatation (p. 294), puissent coïncider avec les signes contraires qui caractéri- rtrophie. Selon Dechambre (*Gaz. méd.*, 1844), ce qu'il y aurait alors uable serait l'étendue de la matité et la plénitude avec état vibrant

a signalé un *souffle caverneux* avec retentissement exagéré de la ɾeau de la partie du poumon gauche qui subit la compression du cœur ıé. Il se fonde sur deux faits observés par lui (*Union méd. de la rieure*, 1864) pour faire connaître cette *complication* de l'hypertro- que.

ɔstic. — Il est très-grave, malgré la possibilité de la guérison admise c et par Bouillaud. Quoique lente, la marche de l'hypertrophie du

cœur est ordinairement incessante jusqu'à la mort, et le danger est plus grand qu'il existe d'autres lésions du cœur.

II. Hypertrophie du col de l'utérus.

Huguier, dans un Mémoire intéressant sur l'*allongement hypert du col de l'utérus* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXIV), en a variétés principales qu'il est nécessaire de rappeler comme causes d'(diagnostic.

1° Le col de la matrice forme, dans la cavité du vagin, une saillie c ou conoïde de 5 à 7 centimètres, dont l'extrémité libre s'approche d ture vulvaire sans changements dans le conduit vaginal. — Elle a pour un *abaissement* ou une *descente* de la matrice, pour un *p(renversement* chronique, un *kyste folliculaire*, un *squirrhe du c hydropisie* de cette partie.

2° La précipitation ou la chute complète de l'utérus ne serait très- ment autre chose, suivant Huguier, qu'une hypertrophie longitudi portion *sus-vaginale* de l'organe, dont le corps et le fond sont res cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que l pendante entre les cuisses, ait une longeur égale ou supérieure à cell rus à l'état normal.

HYPOCHONDRES. — Ces deux régions sont occupées princip(droite par le FOIE, et la gauche par la RATE et le grand cul-de-sac de l organes à propos desquels j'ai exposé les particularités diagnostique aux hypochondres, et qu'il me paraît par conséquent inutile de rappel

HYPOCHONDRIE. — Le diagnostic de l'hypochondrie, ou (hypochondriaque, ne présente aucune difficulté, puisqu'il suffit de co(le malade porte de faux jugements sur l'état de sa santé, soit qu'il avoir des maladies dont il n'est nullement atteint, soit qu'il s'exagère sure l'importance ou la gravité de souffrances ou de lésions réelles.

De là une tristesse et une préoccupation continuelles de la maniè(fonctions s'exécutent, de l'aspect de ses excrétions, etc.

Toute l'importance de l'examen du médecin est dans la recherche d idiopathique ou sympathique de l'hypochondrie. Les souffrances ou les organes abdominaux en sont le plus souvent le point de départ. Selo(DYSPEPSIE déterminerait nécessairement l'hypochondrie, ce qui n'est ralement accepté (*Voy.* p. 316). L'affection hypochondriaque con(variété de délire qui a été considérée comme symptôme et comme sig seur de la *paralysie générale*, par Baillarger (*Acad. des sciences*, s(A ce point de vue, l'hypochondrie aurait, dans beaucoup de cas, la m(que le délire des grandeurs, et elle serait un signe pronostique fâche(taines paralysies générales.

Quant à la confusion fréquente que l'on a faite autrefois de l'hy(et de l'hystérie, elle n'est pas possible, comme l'ont démontré La Briquet, tant les deux maladies sont différentes dans leur expressio(matique.

Un tempérament nerveux, l'oisiveté, les études trop abstraites, la l livres de médecine par les gens du monde, les impressions morales, spermatorrhée, sont des causes dont il faut tenir compte pour le dia l'hypochondrie.

On n'oubliera pas que la durée de l'hypochondrie est très-variabl peut se prolonger toute la vie, et que le pronostic n'est inquiétant q lésions réellement graves qui parfois sont le point de départ de l'hyp(

rcorale douteuse.

ÉRALGIE. — *Voy.* VISCÉRALGIES.

ÉRICISME. — Louyer-Villermay a décrit sous ce nom (*Traité des* *rveuses*, t. I) un ensemble de phénomènes nerveux propres aux s, mais qui ne sont en réalité que des symptômes d'une hystérie

ÉRIE. — Cette affection, connue de toute antiquité, a été surtout puis le dernier siècle. Les travaux, publiés en France, de Lepois, lermay, Georget, et de Fréd. Dubois (d'Amiens), Landouzy, sont tous. Mais aucun traité n'a égalé l'importance de celui de Briquet *n. et thérap. de l'hystérie*, 1859), qui comprend l'analyse de quatre observations recueillies sous ses yeux. C'est principalement à cet t à celui de Landouzy, que j'aurai recours dans cet article, sans s travaux publiés plus récemment.

ciencieuses recherches de Briquet semblent avoir mis hors de doute maladie n'a pas son origine dans une lésion utérine, mais bien stitue une névrose de l'encéphale. L'existence, démontrée par des rareté exceptionnelle, mais concluants, de troubles hystériques chez insi que chez des femmes privées d'utérus, suffit, en effet, pour la théorie ancienne et exclusive qui plaçait l'origine de la maladie gane. Cependant on ne saurait nier qu'il existe des faits incontes- lesquels l'exercice des fonctions sexuelles a fait cesser des acci- riques franchement accusés, ou bien en a provoqué alors qu'il n'en . Pour faciliter l'étude diagnostique de l'hystérie, on peut la consi- ne si elle était exclusive à la femme, ce qui n'a nul inconvénient, les s observés ayant été à peu près semblables dans les deux sexes.

ents du diagnostic. — Suivant Briquet, l'hystérie a pour symptômes : une *sensibilité extrême du système nerveux ;* des *hyperes-*

phénomènes accidentels se produisant sous l'influence des conditions
lières dans lesquelles les hystériques se trouvent : le *délire*, la *leth*
catalepsie, l'*extase*, le *somnambulisme*, le *coma*, la *syncope* (*ibid.*,

2° *Inductions diagnostiques.* — Si j'énumère simplement ces phé
c'est qu'il n'y a pas de maladies dont les symptômes se dissocient et
plus facilement que ceux de l'hystérie. Il en résulte qu'ils peuvent se
isolément à l'observateur, et servir de premier indice aux inductions
tiques.

Cependant il ne faut pas perdre de vue que, dans la pratique, o
trouver en présence de deux ordres de manifestations, sur lesquelles
a insisté avec raison : 1° les attaques, qui seules caractérisaient l'hys
les anciens; 2° les phénomènes hystériques intermédiaires. J'insist
plus sur cette distinction clinique, que Briquet me semble la considér
trop secondaire.

Les attaques sont constituées de temps en temps par des accident
et graves qui, apparaissant d'une manière soudaine, prennent un
intensité, et, après une durée ordinairement courte, disparaissent a
quement qu'ils ont apparu (Briquet). Ces accidents sont, pour Lan
attaques convulsives proprement dites et les *accès non convulsif*
admet comme formes plus nombreuses des attaques : 1° les SPASM
SYNCOPES; 3° les *convulsions hystériques;* 4° les *convulsions épil*
5° la *catalepsie;* 6° l'*extase;* 7° le SOMNAMBULISME; 8° le COMA et la L
et 9° le *délire.*

Les attaques de *spasmes*, qui sont très-fréquentes, constituent les
convulsifs de Landouzy. Elles sont caractérisées, suivant Briquet, par
ment de serrement, d'oppression considérable, et de douleur très-vi
rante, non pas au bas-ventre, mais à l'épigastre, par des palpitations p
une accélération extrême des mouvements respiratoires (jusqu'à ce
nute), par la sensation d'un globe montant à la gorge où elle pr
strangulation la plus douloureuse et une dysphagie incomplète (*glo*
rique); une violente céphalalgie se déclare aussitôt : les mains s'a
crispent involontairement, et, après une durée qui varie de quelqu
à quelques heures, pendant lesquelles l'intelligence reste intacte, le
éclatent, les pleurs surviennent, les urines coulent claires et abon
les accidents se calment, suivis de céphalalgie, de douleurs thor
de courbature. Ces attaques sont caractéristiques.

Il en est de même des attaques de *convulsions*. Briquet a insisté a
sur ce fait que ces convulsions se distinguent de celles de l'épile
l'éclampsie en ce que les mouvements sont analogues à ceux qui se p
dans l'état sain. Ces convulsions sont *cloniques*, en effet, dans l'h
toniques dans les deux autres affections convulsives. Le début des a
lieu comme pour les attaques de spasmes jusqu'au moment du sen
strangulation; la malade pousse alors un ou plusieurs cris déchirants,
ristiques, perd le plus souvent connaissance et tombe à terre si elle
soutenue; en même temps apparaissent les convulsions très-bien dé
Briquet, qui les a constatées chez trois cent cinq malades.

« Le plus ordinairement les malades s'agitent, tantôt comme si elles
échapper à des violences, tantôt comme si elles se débattaient co
étreinte; d'autres fois, comme le ferait un opéré auquel on laisserait la li
ses mouvements, ou, enfin, comme une personne qui se livrerait à l'imp
au mécontentement, à la fureur, ou au désespoir. D'autres fois enc

bres supérieurs et inférieurs se meuvent dans tous les sens ; la flexion, sion, la rotation, l'adduction, l'abduction se succèdent avec la plus grande té. Tantôt le corps se meut comme un ver, tantôt il se contracte dans tous ns, bondit et s'échappe souvent des mains qui le retiennent. La tête s'agite tronc, en avant, en arrière, de côté, mais très-rarement les muscles de éprouvent-ils de ces convulsions qui tordent la bouche, qui font rouler ux dans leur orbite et les portent en dedans ou en dehors » (*Traité de érie*, 1859, p. 360).

mouvements convulsifs s'accompagnent quelquefois de craquements dans ticulations ; la face est le plus souvent vultueuse, animée, rarement pâle et , il y des palpitations, le ventre se météorise, la respiration est irrégulière ; la connaissance revient et alors les sanglots éclatent, et l'accès se termine le pour les spasmes.

accès peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés pour tuer l'attaque. Le caractère des actes qui s'observent alors varie d'ailleurs nt la susceptibilité particulière de l'appareil musculaire, suivant l'âge et la tution physique et morale, les causes qui ont déterminé les attaques, et, suivant les impressions ressenties auparavant (Briquet).

douzy a constaté que la durée des attaques est le plus souvent d'un quart re à une demi-heure, ce que les nombreux relevés de Briquet ont confirmé. que peut se prolonger d'une à deux heures, rarement elle n'est que de nes minutes. Enfin le chiffre des attaques varie à l'infini ; parfois l'attaque ique et accidentelle ; elles sont d'autant plus courtes qu'elles sont plus ntes, et la première est ordinairement plus prolongée que les suivantes.

attaques ont des prodromes qui consistent en troubles nerveux extrême- variés, suivant les malades, et qui peuvent souvent faire prévoir les atta- mais seulement lorsque l'hystérie est déjà diagnostiquée.

st évident que les deux genres d'accès, uniques, ou multiples de façon à tuer une attaque, sont tout à fait caractéristiques, soit comme phénomènes s, soit comme antécédents. Mais en est-il de même des autres formes ques admises par Briquet et considérées isolément? La syncope est le plus nt une conséquence de la chloro-anémie, de l'aveu même de l'auteur. Mais ma, le délire, de même que la catalepsie, l'extase, le somnambulisme, la gie, devront toujours éveiller le soupçon de l'hystérie chez la femme en- eune, vu la fréquence de cette maladie opposée à la rareté des autres les des phénomènes que je viens de rappeler. Toutefois on ne saurait ttre avec certitude leur origine hystérique que par la concomitance d'autres mènes hystériques antérieurs ou actuels.

mme antécédents auxquels Briquet attache une grande importance il si- : 1° une *grande impressionnabilité* dès l'enfance, les reproches produi- lors des étouffements et des malaises, et les choses tristes provoquant des s exagérées ; 2° par le fait des émotions ou des affections morales, un senti- de *malaise* et de *resserrement épigastrique*, puis de *strangulation* avec tions et agitation dans les membres ; 3° les trois hyperesthésies suivantes, s ou groupées : l'*épigastralgie*, la douleur au niveau de la *partie moyenne ausses côtes* gauches, et la *rachialgie*, augmentant ou survenant par des s morales.

antécédents, qui caractérisent l'*état hystérique*, sont constants, suivant et, qui va jusqu'à considérer comme des signes pathognomoniques, indé- mment des attaques, les trois hyperesthésies que je viens de rappeler. lui, ces douleurs siégent aux attaches des muscles (*myosalgies*). Elles

sont superficielles, sous-cutanées, mais extrêmement vives; on les provo on les exaspère en grattant modérément le muscle, en le galvanisant ou en exécuter des mouvements à la malade. On doit éviter de les confondre : a *névralgies*, qui ont des foyers douloureux d'élection; avec le *rhum musculaire*, qui a plus de fixité, qui n'affecte pas plus spécialement l gauche du corps, et dont la douleur, moins vive à la pression que dans l salgie hystérique, est au contraire plus vive par les mouvements; avec l *leur saturnine*, qui a des lieux d'élection particuliers.

Peut-on réellement attribuer une valeur pathognomonique à ces d considérées comme signes d'hystérie? Il est permis d'hésiter à adopte appréciation du savant médecin de la Charité; car la similitude des hyperesthésies avec les foyers de la névralgie dorso-intercostale gauche, le même siége, l'absence de preuves que les douleurs occupent réelle attaches musculaires, comme le pense l'auteur, et enfin son silence p absolu sur les névralgies hystériques qu'il ne fait que mentionner dans vrage, comme s'il ne les avait jamais constatées lui-même, tandis qu'il minutieusement les hyperesthésies en question : tout semble démonter s'agit ici que de névralgies dorso-intercostales identiques à celles qui se r trent dans la simple anémie, et qui ne sauraient par conséquent constit signes pathognomoniques de l'hystérie. Je dois cependant ajouter que, l l'épigastralgie ou douleur antérieure est caractérisée par une douleur pro par la pression des attaches des deux muscles droits, à l'endroit de leurs tions aux cinquième, sixième et septième côtes, ainsi qu'aux cartilages c on ne saurait admettre que cette douleur est névralgique. Mais en est-il t ainsi?

Quoi qu'il en soit, ces phénomènes ont une assez grande valeur diagno soit comme antécédents, soit comme phénomènes hystériques actuels, même titre que les suivants, qui se remarquent comme eux *du côté gau corps* dans la plupart des cas, condition générale signalée par Briquet, e utile à noter, Ce sont d'abord les HYPERESTHÉSIES musculo-cutanées autr les dorso-intercostales, ou occupant les organes des sens et même les vis des ANESTHÉSIES, des SPASMES et des PARALYSIES.

Parmi les hyperesthésies, je dois rappeler : la *dermalgie* et surtout *phalalgie*, occupant le plus souvent les régions frontale et temporales, se nombreux relevés de Briquet, et rarement le sommet de la tête, où elle co le *clou* ou l'*œuf hystérique*, qui s'accompagne fréquemment de fris ments, de vomissements, de troubles digestifs et parfois de fièvre. Les vo ments accompagnent aussi quelquefois les névralgies dorso-intercostales h riques.

Nous devons signaler encore les hyperesthésies des *parois abdomin* des *membres*, ainsi que celles de la *vue* (photophobie), de l'*ouïe* (hyperc celle du *larynx*, d'où résulterait la toux hystérique, le spasme de la glo a nécessité deux fois la trachéotomie) et l'asthme (?). La *gastralgie*, l'en *gie*, la *néphralgie*, la *cystalgie*, et l'*hystéralgie* complètent cette é ration.

Les ANESTHÉSIES hystériques, qui m'ont occupé ailleurs (p. 65), ainsi q SPASMES et les PARALYSIES (*Voy.* à ces mots), devront également faire ç çonner l'existence de l'hystérie chez les jeunes femmes. Le soupçon se gera en certitude, comme pour les autres symptômes, s'il a existé p demment des attaques caractéristiques, et si les urines sont habituell *limpides*, *incolores et abondantes*, signe important auquel Sydenh

Bacher, cités par Briquet, et Briquet lui-même, ont reconnu une grande

coïncidence d'autres phénomènes franchement hystériques, actuels ou ...rs, éclairera aussi sur la nature hystérique de certaines *contractures* ...res ou permanentes plus ou moins étendues, sur celles des *pneuma-* ... du *ptyalisme*, des *sueurs* abondantes (parfois sanguinolentes), et de cer... *galactirrhées* que l'on a vues alterner avec des attaques d'hystérie (*obs.* ... Briquet).

... contractures observées dans le cours de l'hystérie méritent une attention ...lière. Quand elles sont passagères, se produisant dans le cours des accès ... les intervalles, à des époques plus ou moins éloignées, elles doivent ...sidérées comme une manifestation de la névrose, au même titre que les ... signes de la maladie. Il en est de même des contractures plus persis... auxquelles Lasègue a appliqué la dénomination de *catalepsie hysté-*... (*Arch. de méd.*, 1865, t. VI). Il la signale comme plus fréquente chez ...stériques calmes, somnolentes, demi-torpides, réagissant peu. Lorsque, ...me hystérique de ce type, on applique la main sur ses yeux ou qu'on ... ses paupières, la malade éprouve un engourdissement tout particulier. Si ...'est pas ataxique, elle exécute les mouvements qu'on lui prescrit, mais ...e paresse croissante. Bientôt la respiration devient plus haute, les globes ...res sont convulsés en haut, et il survient un sommeil profond; la vie de ... se suspend complétement, et les phénomènes de la catalepsie se mon... même temps, et le tout disparaît à la longue, ou rapidement à la suite ... vive commotion. La raideur cataleptique est générale ou partielle, com... incomplète; elle cesse avec le sommeil, sans être suivie de fatigue. Ce ... a de remarquable, c'est que, suivant les malades chez lesquelles on provo... phénomènes, ceux-ci s'arrêtent ou non à l'engourdissement, ou à l'état ...eux. — Les hystériques peuvent présenter un autre genre de contractures ...us accidentelles ou cataleptiques, mais *permanentes* pendant un temps ... moins long. Ces contractures permanentes paraissent être liées, dans ...érie, à une lésion des cordons latéraux de la moelle épinière, ainsi que ...ot en a rapporté un exemple, dans lequel la contracture des quatre mem... d'abord plusieurs fois temporaire, mais alors persistant dans l'intervalle ...cès, a fini par être continue pendant les neuf dernières années de la vie. ...ot croit à l'existence, dans les faits de ce genre, d'une lésion d'abord ...raire et susceptible de résolution, puis à une lésion permanente, comme ...rose des cordons latéraux de la moelle qu'il a constatée chez sa malade ... et *Mém. de la Soc. des hôpit.*, 1865, t. II).

...re les erreurs auxquelles peuvent donner lieu ces symptômes pris isolé... leur réunion, ou l'hystérie elle-même, a été considérée comme pouvant ...confondue avec l'*hypochondrie* (Fréd. Dubois, d'Amiens) et avec l'*état* ...eux ou *névropathique* (Whytt).

... l'hypochondrie (*Voy.* ce mot) présente des phénomènes bien caractéris...; et quant à l'*état nerveux* considéré en dehors de l'hystérie, il ne peut ... doute que lorsque les attaques d'hystérie n'existent pas, c'est-à-dire lors... cette affection elle-même est très-problématique. C'est alors, comme dans ... les conditions semblables, dans l'ensemble des phénomènes, dans leur ...tion, leurs causes, qu'il faut chercher des motifs de conviction.

...stabilité des phénomènes, leur durée temporaire, leur apparition et leur ...ition brusques, sont des particularités de la *marche* de la maladie qui ... grande valeur. — Quant aux données *étiologiques*, qui ont été si bien

étudiées par Briquet, il en ressort principalement : que l'hystérie, prés
ciale au sexe féminin, peut se rencontrer chez l'enfant avant la pube
que le maximum de fréquence est *entre douze et vingt-cinq ans*, âg
duquel l'invasion de la maladie est rare; que l'hystérie est *hérédit*
le quart des faits; que l'*impressionnabilité augmentée de l'élémen
du système nerveux*, et non l'*influence des organes génitaux*, co
fond de la prédisposition; que, dans les cinq sixièmes des faits, la
suivi l'action d'une cause déterminante qui a agi sur l'encéphale dans
moitié des cas.

De plus, on n'oubliera pas que l'imitation est une cause incontestal
tour des attaques et même de l'invasion de la maladie, comme toute
pressions morales profondes; l'imitation expliquerait aussi, selon Bi
bizarres épidémies de convulsionnaires et de possession, dont il a
saisissant tableau.

Une question importante d'étiologie se rattache à la distinction de
en primitive ou secondaire Il résulte des recherches nombreuses de
relativement à l'hystérie secondaire : 1° que les maladies prolongées
sionnent un *grand affaiblissement*, un *état anémique* et des *so
prolongées*, sont celles qui prédisposent le plus à l'hystérie; 2° que
tions prolongées des organes génitaux provoquent peut-être cette p
tion plus que celles des autres organes, parce qu'elles réunissent
haut degré que les autres les conditions qui viennent d'être indiquées

En présence des *formes* ou des manifestations si nombreuses que
l'hystérie, il faut songer toujours à la possibilité de l'existence de cett
chez les jeunes femmes qui présentent des symptômes insolites; ma
aussi se défier de la *simulation* des accidents hystériques faciles à r
ou des inventions fantaisistes de certaines femmes réellement hysté
veulent inspirer plus d'intérêt. Il suffit de signaler la possibilité de ce
vres, que l'on parvient toujours à déjouer dès qu'on les soupçonne.
bliera pas non plus qu'un petit nombre de femmes cherchent à diss
antécédents franchement hystériques.

Une forme de la maladie dont la détermination précise est fort (
l'*hystéro-épilepsie*. Cette seule dénomination montre précisément qu
blit, en l'employant, la confusion entre l'hystérie et l'épilepsie. Et, de
souvent impossible de décider s'il y a épilepsie ou hystérie épilep
moins que les attaques d'épilepsie et d'hystérie ne se déclarent isolé
la même malade, ainsi que l'a vu Briquet.

Les *complications* présentent quelques particularités utiles à ra
point de vue du diagnostic. — Il serait fort difficile, selon Briquet,
exactement les différences qui existent entre les phlegmasies aiguës
phale et l'hystérie aiguë; et cette combinaison, qui n'est pas très-rare
des écueils les plus dangereux de la pratique. — Les affections infla
aiguës de la poitrine et des bronches, chez les hystériques, revêtent
forme convulsive. — Celles des viscères abdominaux provoquent des sp
Les affections utérines chroniques avec exagération de sensibilité se b
à réagir sur le système nerveux des hystériques, sans avoir la gravité
a supposée. — Le rhumatisme articulaire ne serait pas très-rare chez
riques (28 sur 400). — Ni Briquet ni Landouzy n'ont jamais vu l'*hyp*
compliquer l'hystérie, contrairement à l'opinion des anciens, qui croy
complication fréquente. — Il en est de même de la nymphomanie. -
chorée n'existe jamais en même temps que des attaques franches d'l

ne se combine à l'hystérie que quand celle-ci se borne aux simples accidents de la première période.

Comme phénomène consécutif à l'hystérie, il faut, selon Briquet, signaler *l'état nerveux*. Cependant les anesthésies et les hyperesthésies disparaissent avec la maladie.

Pronostic. — La mort est très-rarement survenue dans les attaques; elle a lieu alors à la suffocation. Plus rarement encore la mort a été directement le fait de l'hystérie indépendamment des attaques; elle a été produite alors par *épuisement*, par une méningo-encéphalite, deux fois par la gastralgie; et indirectement, par la phthisie pulmonaire, la cirrhose du foie, l'affection de cœur. Les affections utérines et notamment le cancer utérin ne provoquent pas plus fréquemment ici que dans d'autres conditions une terminaison fatale. — La terminaison de l'hystérie par guérison complète et rapide ne se voit pas souvent; c'est que l'affection est alors récente et due à une cause accidentelle. Quand elle est ancienne, et que la constitution est très-impressionnable, « l'hystérie laisse après elle un état mélancolique, l'épilepsie, des paralysies plus ou moins étendues, des tics convulsifs, la rétraction des muscles, la chorée, le rhumatisme. Le cerveau, le poumon, le cœur, et surtout le tube digestif, peuvent devenir le siége de phlegmasies chroniques, d'où résulte presque toujours un amaigrissement plus ou moins considérable » (Briquet).

HYSTÉROMÈTRE. — *Voy.* UTÉRUS.

ICHTHYOSE. — Cette affection cutanée, congénitale ou accidentelle, est facile à reconnaître à « des *squames* plus ou moins larges, dures, sèches, d'un blanc grisâtre, comme imbriquées, formées par de l'épiderme épaissi, ne reposant jamais sur une surface enflammée, n'étant accompagnées d'aucune chaleur, d'aucune douleur, d'aucune démangeaison, et constamment liées à une altération profonde des couches sous-jacentes de la peau » (Cazenave). Celle-ci est épaisse, ridée, rude au toucher comme une peau de chagrin, se rompant quand elle est tiraillée; elle est souvent comme recouverte d'écailles plus ou moins épaisses (parfois adhérentes) aux parties saillantes des membres. — L'ichthyose est générale ou partielle. Les parties qui en sont moins fréquemment ou moins profondément atteintes que les autres sont la paume des mains, la plante des pieds, et surtout les régions où la peau est plus fine, comme la face interne des membres, les aisselles, les aines, le visage, les paupières.

Lorsque l'ichthyose est partielle, elle se présente parfois sous forme d'exfoliation presque farineuse, et pourrait être prise pour de l'eczéma si les antécédents de cette dernière affection ne venaient éclairer le praticien. — Rayer a eu le soin de distinguer la véritable ichthyose de certaines acnés sébacées, dans lesquelles on constate au début une sécrétion comme huileuse sur les parties malades, sécrétion qui finit par se condenser en couche squameuse plus ou moins étendue. Suivant la remarque de Lailler (*Annales de dermatologie*, t. I, 1869), Wilson considère l'ichthyose, avec la plupart des médecins anglais, non comme une déviation de la sécrétion épidermique, mais comme une diminution de la sécrétion sébacée.

Quoi qu'il en soit, l'ichthyose est incurable ou très-rebelle; mais elle ne se complique pas d'altérations des organes intérieurs.

ICTÈRE. — Dans un très-grand nombre de cas, l'ictère, caractérisé par la coloration jaune plus ou moins foncée de la peau et des sclérotiques, est dû à un obstacle au cours de la bile dans les canaux biliaires. Mais il se produit aussi dans d'autres conditions que je rappellerai tout à l'heure. En toute circonstance, l'ictère vrai est dû à la présence de la matière colorante de la bile dans

le sang ; c'est là l'icère vrai, car il y a des faux ictères, comme nous le
Comment se fait ce passage de la matière colorante de la bile dans le s
l'infiltre dans tous les organes? C'est ce qu'il importe d'abord de rapp
bien comprendre l'ictère.

La bile étant en excès dans le foie, passe par les lymphatiques et l
dans la masse du sang. Mais elle y est immédiatement décomposée : il
truction des acides biliaires, et il ne reste dans le sang que la matière
ou pigment biliaire appelée biliverdine ou cholépyrrhine, qui est vis
l'épiderme et sous la conjonctive qu'elle colore en jaune.

Voyons d'abord ce qu'est l'ictère considéré comme symptôme.

1° *Caractères.* — La coloration jaune de la conjonctive et de la]
au passage dans le sang des matières colorantes de la bile, et qui cons
tère, se constate ordinairement à première vue, qu'elle soit limitée
ralisée. La coloration ictérique apparaît d'abord à la sclérotique, puis au
au pourtour du nez, aux commissures des lèvres, avant d'envahir le r
face ou du corps ; la teinte en est le plus souvent franchement jaune cl
foncé, plus rarement verdâtre, ou même d'un vert foncé et brunâtre
qualifier l'ictère de *noir*.

Dans certains cas, la coloration jaune est douteuse, soit parce que l'
très-peu prononcé ou à son début, soit parce que l'on voit le malad
mière d'une bougie ou d'une lampe, qui annihile la couleur jaune, s
parce que la coloration naturellement brune de la peau du sujet en :
manifestation. Quelquefois au contraire l'ictère n'est pas réel, mais s
une coloration légèrement jaunâtre de la peau, comme dans diverses
tions, et principalement l'*intoxication saturnine*, dans laquelle cette
est appelée faussement ictère saturnin, dans la *cirrhose du foie*, dans la
cancéreuse, dans la *pyémie*, à la suite des *fièvres intermittentes*
dans l'*anémie*, surtout chez les individus dont le teint est naturelle
nâtre. Sous ce dernier rapport, il y aurait, suivant la juste rem
O. Saint-Vel, une étude intéressante à faire des colorations morbides o
ment anomales, rencontrées sur les individus des races différentes qu
les pays tropicaux (*Malad. des régions intertropic.*, 1868). Or,
diverses circonstances, il faut contrôler son impression premièr
recherche de quelques autres signes propres à l'ictère lui-même.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la sclérotique est toujours enva
coloration jaune dans le véritable ictère, et qu'au début elle peut êt
partie extérieure qui soit colorée, ce qui n'a pas lieu dans les faux ictè
viens de rappeler.

L'examen des urines fournit encore d'autres signes probants de l'ict
d'abord la couleur rougeâtre de ce liquide, qui teint en jaune serin
du vase où il passe, ou un linge qu'on y trempe ; c'est ensuite la réa
l'acide nitrique produit dans l'urine, à laquelle il donne une couleur
devenant d'un rouge pourpre par un excès d'acide, et que l'on a di
être constaté
trois jours ava
rition (même
rotiques) de
ictérique
(*Voy.* BILE).

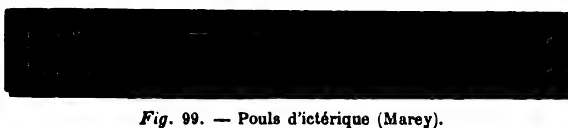


Fig. 99. — Pouls d'ictérique (Marey).

On a encore attribué à l'ictère d'autres signes indirects, tels que le p
fois incommode de la peau, une *éruption papuleuse* (Gubler), la *de*

la *céphalalgie*, rarement la *vue des objets en jaune*, de *légers troubles ifs*, et enfin la *lenteur du pouls*, comme le montre la figure de Marey que s de reproduire *fig.* 99. Frerichs a cru que cette lenteur du pouls pouvait quer par une influence de la bile sur le nerf pneumo-gastrique ou sur le u, analogue à celle de la digitale.

n Calvert, l'*acide carbo-azotique*, pris à l'intérieur, aurait pour effet loration jaune de la peau et des conjonctives ressemblant à un ictère in- coloration qui disparaîtrait avec l'élimination de l'acide par les urines . *de pharm. et de chimie*, 1856, t. XXX).

Conditions pathologiques et *signification*. — L'ictère une fois constaté, remonter à la condition pathologique dans laquelle il se produit. Il en est me pour les faux ictères. Cette question d'origine devient, en effet, la on capitale du diagnostic. On recherchera d'abord si l'ictère reconnu vrai nptomatique d'une obstruction des voies biliaires ou d'une affection du i-même, d'une maladie paraissant localisée dans un autre organe, d'une on générale, ou bien si l'ictère, indépendant en apparence de tout autre thologique, semble constituer à lui seul une affection particulière (ictère thique ?).

sque l'ictère est précédé de douleurs plus ou moins vives au niveau du l des fausses côtes droites, on doit le rattacher à la COLIQUE HÉPATIQUE, -dire presque toujours à l'obstruction des voies biliaires par des *calculs res* engagés dans les canaux hépatique ou cholédoque. On rattachera oup plus difficilement l'ictère à l'occlusion des voies biliaires par inflam- n (Curry, Andral), par pénétration d'un lombric dans le canal cholédoque, r la compression de ce canal par une tumeur, à moins que cette tumeur it déjà constatée.

s les maladies du foie comme dans les autres affections générales ou s nombreuses où l'on rencontre l'ictère comme symptôme, on peut dire 'est jamais un signe pathognomonique, car *il n'est constant pour aucune* s.

s l'*hépatite aiguë*, l'ictère joint à la fièvre sert beaucoup à caractériser ladie (Louis); mais dans l'*hépatite chronique*, où il est plus rare, il n'in- nullement, comme on l'a avancé, que les abcès, s'il en existe, avoisinent ies biliaires. — Dans le *cancer* du foie, l'ictère n'a été noté que dans le des faits (Valleix). Joint à la tumeur inégale et bosselée du foie, il est dant un très-bon élément de diagnostic. — L'ictère, le véritable ictère, est ionnel dans la *cirrhose*, comme avec les *tumeurs hydatiques* du foie, et *lébite* de la veine porte. — On le rencontre habituellement au contraire l'*empoisonnement par le phosphore*, et si je le rappelle à propos des les du foie, c'est qu'on a rattaché cet ictère à un catarrhe des voies biliaires ow) dans lequel il y aurait obstruction des voies biliaires par du mucus O. Wyss a conclu de ses recherches expérimentales sur des fistules biliaires s par des chiens, que l'ictère catarrhal ne siége pas seulement à l'extrémité ale du canal cholédoque, comme le disait Virchow, mais bien dans les ules biliaires qui s'obstruent de mucus filant et épais; d'où la stase bi- (*Archiv der Heilkunde*, 1867).

dehors des maladies de l'organe hépatique et des voies biliaires, il en est grand nombre qui s'accompagnent d'ictère. Ce sont : la *pneumonie*, celle qui siége dans un point du poumon éloigné du foie (au sommet, par le); l'*embarras gastrique* bilieux; certaines *affections utérines;* la *fièvre* ou l'*état bilieux* des pays chauds; la *fièvre jaune*, ainsi appelée en

raison de l'existence de l'ictère (dans laquelle cependant il peut faire d
où il a pour caractère particulier d'occuper principalement la poitr
quelques sujets, et d'être précédé d'une injection des téguments (Lou
tère est si rare dans la *fièvre typhoïde*, que Louis n'en a rencontré
exemples; c'est là un fait très-important comme caractère différent
cette maladie et celle à laquelle on a donné le nom d'*ictère grave*, d
question tout à l'heure.

Je ne dois pas omettre de rappeler les conditions pathologiques de l
tion jaune de la peau qui constitue les faux ictères dont il est que
haut. J'ai énuméré les maladies dans lesquelles cette fausse colorati
que se rencontre; mais comment se produit-elle ? Ce serait une questi
tante à bien connaître; malheureusement on en a donné des explicati
rentes. La plus plausible me paraît être celle qui s'appuie sur les an
les liaisons étroites qui existent entre l'hématine et la biliverdine. Cet
explique la coloration cutanée par la transformation de l'hématine d
pigment analogue au pigment biliaire ou biliverdine, sous l'influence
dies déjà rappelées C'est l'*ictère hémaphéique* de Gubler (*Soc. d*
août 1857). La transformation de l'hématine en pigment jaune serait
vant Frerichs, à la transformation en pigments biliaires des acides inc
la bile, charriés en excès ou en quantité normale par le sang (*Malad.*
2e édit., 1866, p. 86 et suiv.). Pour Virchow, la plupart de ces fa
seraient des ictères vrais dus à une obstruction de l'extrémité du canal
que par le mucus du catarrhe des voies biliaires dont il a été question
Pour compléter le diagnostic de l'ictère, il nous reste à parler de l'
improprement essentiel, et qui est tantôt simple et tantôt grave, et d
des nouveau-nés.

I. Ictère simple.

Lorsque les signes de l'ictère vrai rappelés précédemment sont les
s'offrent au médecin, qui ne trouve ni dans le foie, ni dans d'autres or
enfin dans l'état général le point de départ de ce phénomène morbide,
évidemment d'un ictère simple ou bénin, dit aussi *essentiel* ou *spasm*
dénominations qui malheureusement n'expriment que l'ignorance com
l'on est en pareil cas de la condition organique de l'ictère.

Quoi qu'il en soit, l'ictère simple occupe jusqu'à nouvel ordre une
part dans le cadre nosologique. Apparaissant le plus souvent à la sui
émotion vive de frayeur, de colère, etc., il est remarquable par l'*abs*
fièvre et de *signes locaux au niveau du foie*, par sa *durée assez cour*
ou trois septénaires environ) et par sa *bénignité*. On n'oubliera pas ce
qu'il y a quelquefois un peu de *courbature* au début, une *douleur hé*
rarement vive, et parfois un développement anomal de la *vésicule biliai*
les fausses côtes.

On a décrit en Allemagne sous le nom d'*ictère catarrhal* un ictère
dit quelques mots plus haut, et qui serait précédé des signes de l'emba
trique, considéré lui-même comme un catarrhe stomacal. Il y aurait ici
tacle mécanique à l'écoulement de la bile par turgescence de la mu
accumulation de mucus dans les canaux biliaires, et parfois distensio
vésicule, comme Jaccoud en a rapporté un exemple (*Clinique méd.*, 1

Le peu de durée des accidents est un fait d'évolution important à not
l'ictère dit simple, car la prolongation d'un ictère au-delà de deux ou tr
ténaires doit faire craindre une lésion latente des organes biliaires.
catarrhal est suivi de dyspepsie.

ısidérée comme une maladie générale aiguë, quelle que soit la lésion [uelle on a voulu la rattacher. L'ictère grave n'a été sérieusement lepuis une quinzaine d'années. Buld en Angleterre (*Diseases of the*, et Ozanam en France (*Gaz. méd*., 1846; *Thèse*, 1849), ont publié hes qui ont été suivies de nombreuses publications sur le même ·anger comme en France. Ces travaux ont été rappelés dans la thèse de Genouville (*De l'Ictère grave essentiel*, 1859). Dans son ous maladies du foie (cité plus haut), Frerichs considère l'ictère grave inflammation parenchymateuse diffuse aiguë du foie, hépatite généıînant l'atrophie et la destruction rapide des cellules de l'organe, ,on à l'hépatite vraie, localisée, et se terminant par suppuration, par u foie. De son côté, Rokitansky regarde les ictères graves comme des cation phosphorée méconnus. Mais Vallin ayant constaté l'intégrité ; hépatiques et des voies biliaires dans deux cas d'ictère grave, ainsi n fait d'intoxication par le phosphore, rejette les explications de Rokitansky, pour voir dans l'ictère grave, non une maladie, mais un ıpe de phénomènes morbides analogues à l'urémie, à l'albuminurie, ırie, et dont les conditions anatomiques et physiologiques restent à (*Gaz. hebdom.*, 1867). Nous avons donc raison de dire que l'ictère ıcore incomplétement connu dans sa nature.

ents du diagnostic. — L'invasion de la maladie est importante à Tantôt, en effet, l'ictère paraît être simple ou bénin, et ce n'est qu'aırée de trois, six, neuf, seize et même plus de vingt jours, que se es accidents redoutables, comme l'a signalé Ozanam; tantôt l'affecıve dès les premiers jours et rapide dans son allure. Dans ce dernier ébute par des *accidents généraux* sans signification déterminée, frisıalalgie, accablement, tristesse, malaise général, douleurs dans les faiblesse extrême; puis l'*ictère* apparaît, accompagné de *céphalalgie*

n a prétendu que, dans la forme bénigne de l'ictère, il pouvait survenir idement comme *complications* des accidents cérébraux graves, dont on s exemples dans les auteurs anciens, et sur lesquels on lui doit d'avoir tention. Mais il est évident qu'il s'agit alors d'une autre maladie, de rave, dont il va être question. Alderson a constaté, en 1864, chez un ctérique de l'hôpital West de Londres, un écoulement urétral abondant, omme l'urine, qu'il a considéré aussi comme une complication de l'ic- deux phénomènes ayant coexisté et disparu ensemble.

tère grave.

ıffection, encore bien incomplétement connue dans sa nature, et qui a foule de dénominations différentes qu'il me paraît inutile de rappeler, considérée comme une maladie générale aiguë, quelle que soit la lésion laquelle on a voulu la rattacher. L'ictère grave n'a été sérieusement ıe depuis une quinzaine d'années. Buld en Angleterre (*Diseases of the* 45), et Ozanam en France (*Gaz. méd*, 1846; *Thèse*, 1849), ont publié ıerches qui ont été suivies de nombreuses publications sur le même l'étranger comme en France. Ces travaux ont été rappelés dans la thèse ınte de Genouville (*De l'Ictère grave essentiel*, 1859). Dans son ou- r les maladies du foie (cité plus haut), Frerichs considère l'ictère grave une inflammation parenchymateuse diffuse aiguë du foie, hépatite géné- ntraînant l'atrophie et la destruction rapide des cellules de l'organe, sition à l'hépatite vraie, localisée, et se terminant par suppuration, par s du foie. De son côté, Rokitansky regarde les ictères graves comme des toxication phosphorée méconnus. Mais Vallin ayant constaté l'intégrité ules hépatiques et des voies biliaires dans deux cas d'ictère grave, ainsi s un fait d'intoxication par le phosphore, rejette les explications de et Rokitansky, pour voir dans l'ictère grave, non une maladie, mais un roupe de phénomènes morbides analogues à l'urémie, à l'albuminurie, ısurie, et dont les conditions anatomiques et physiologiques restent à ner (*Gaz. hebdom.*, 1867). Nous avons donc raison de dire que l'ictère t encore incomplétement connu dans sa nature.

léments du diagnostic. — L'invasion de la maladie est importante à e. Tantôt, en effet, l'ictère paraît être simple ou bénin, et ce n'est qu'a- e durée de trois, six, neuf, seize et même plus de vingt jours, que se t des accidents redoutables, comme l'a signalé Ozanam; tantôt l'affec- grave dès les premiers jours et rapide dans son allure. Dans ce dernier e débute par des *accidents généraux* sans signification déterminée, fris- éphalalgie, accablement, tristesse, malaise général, douleurs dans les es, faiblesse extrême; puis l'*ictère* apparaît, accompagné de *céphalalgie* très-intense, d'*insomnie*, de *prostration*, de *soif* vive, d'*anorexie* e; il y a des *nausées*, des *vomissements*, de la *constipation* ou de la *e*, des *selles* décolorées ou verdâtres (bilieuses) avec *odeur fétide*, et *nes* foncées contenant manifestement une assez grande proportion de colorante de la bile.

deux à six jours ou plus se déclarent des phénomènes plus sérieux : r vive à l'hypochondre droit et vers l'épigastre, exaspérée par les mou- , par la pression et la percussion; *hoquet*, coloration de plus en plus e l'*ictère*; *pouls* acquérant rarement un haut degré de fréquence, si ce a fin de la maladie.

t apparaissent des *hémorrhagies externes* ou *internes*, le plus sou- s épistaxis, plus rarement des hématémèses, l'entérorrhagie et l'héma-

turie, qui caractérise la fièvre bilieuse hématurique des pays chauds; ajouter encore des hémorrhagies interstitielles, des ecchymoses varié moptysie, et enfin la péricardite hémorrhagique, comme l'a observé (*Guide du méd. prat.*, 5e édit, t. IV). Enfin on constate aussi des a *cérébraux*, tels que du *délire* (tantôt calme, tantôt furieux), des *con* des *paralysies partielles*, un *état comateux*, avec déjections invol embarras de la respiration, accélération du pouls, qui peut alors à cent quarante, et même à cent cinquante pulsations par minute, Dans les cas rares de guérison, le coma se dissipe et les autres symptô paraissent graduellement; le malade a dès lors une convalescence tant et tantôt lente.

La durée de la maladie a varié de deux à trente et un jours dans les servés.

2° *Inductions diagnostiques.* — La donnée dominante du diagn manifestement l'ictère, mais la coïncidence des accidents nerveux et h giques est nécessaire pour lui donner la signification de la maladie si nommée ictère grave. En dehors de cet ensemble nécessaire, la d isolée des symptômes ne jette pas un jour suffisant sur le diagnostic.

Il est en de même de l'étude des *causes*, parmi lesquelles on a placé l les privations, les chagrins, les excès alcooliques, et certaines influence mal connues, mais utiles à rappeler, qui font que plusieurs individ même habitation sont atteints ensemble ou successivement, comme l'o Griffin, Hanlou, Budd, Hérard (*Soc. des hôp.*, 1859).

Blachez, qui a traité de l'ictère grave (*Thèse* d'agrégation, 1860), plus longuement que ses prédécesseurs la question du diagnostic. Il fa quer que la *fièvre jaune* et la *fièvre bilieuse intertropicale* ont ave grave de nombreuses analogies, mais qu'elles n'en constituent pa comme le pense Monneret (*De l'Ictère hémorrhagique essentiel*, 18 espèces morbides d'un même genre, réunies par des caractères c dont deux surtout ont une importance capitale : l'altération du sang et l de la sécrétion biliaire. Blachez qui s'appuie, dit-il, sur quarante obse dont il n'a pas malheureusement donné l'analyse exacte, pense que, m analogie avec la fièvre jaune, l'ictère grave ne saurait lui être assimil forme sporadique de cette affection, ainsi que l'ont avancé plusieurs obs (Baudon, *Bullet. de thérapeut.*, 1847; Siphnaios, *Thèse*, 1852); ca admettait cette assimilation, il faudrait reconnaître que la même malad sporadique tue presque toujours, tandis qu'à l'état épidémique elle mortelle que dans un cinquième des cas : conclusion impossible. Sans trancher cette question, pour le moment insoluble, on pourrait objecte manière de voir de Blachez que les deux maladies sont observées dans trées et dans des conditions particulières qu'il est fort difficile d'appréc qui pourraient peut-être expliquer les différences signalées.

L'incertitude n'est pas moins grande au sujet de la *fièvre bilieuse i picale* qui, dans sa forme continue (*Voy.* BILIEUSE [Fièvre), ressembl ment à l'ictère grave de nos contrées.

La question du diagnostic différentiel peut encore être posée entre grave et celui qui accompagne la *résorption purulente* ou *pyémie*; conditions dans lesquelles celle-ci se produit suffisent ordinairement po éviter l'erreur. — Quant à la confusion de l'ictère grave avec la *fièvre typ* il me suffit de rappeler que l'ictère est un épiphénomène exceptionnel da dernière maladie, comme je l'ai dit précédemment, pour que la coïncide

e avec des accidents généraux analogues à ceux que l'on remarque dans re typhoïde doive faire soupçonner qu'il s'agit d'un ictère grave.

nt à la détermination du *siége* ou de la nature de l'ictère grave, on ne ncore rien de bien précis, si ce n'est que, dans le plus grand nombre des il y a atrophie du foie avec destruction des cellules hépatiques, indi- par Rokitansky (1843), et décrite par Frerichs. J'ai observé à Lari- re un fait de ce genre qui m'a offert les principaux traits d'une des ations de ce dernier observateur (*obs.* XIV de la *Thèse* Genouville, p. 81); ne pesait que 675 grammes et n'offrait au microscope que des éléments eux, graisseux et sanguins, sans cellules. Mais à côté de ces faits, dans ls l'atrophie peut aussi bien être l'effet que la cause de la maladie, il en utres dans lesquels l'atrophie fait défaut, comme cela ressort d'un Mé- de Robin (*Gaz. méd.*, 1857) et des faits de Vallin rappelés plus haut. u'il en soit, l'atrophie du foie pourra être soupçonnée lorsque, avec les de l'ictère grave dont il a été question, l'hypochondre droit rendra un ir au lieu de sa matité normale à la percussion. Ce signe existait chez de dont je viens de parler.

différentes *formes* de l'ictère grave se rencontrent indifféremment avec s atrophie hépatique; elles dépendent surtout de la marche plus ou moins et du début parfois insidieux de la maladie. Cette marche différente ne autoriser Frerichs à établir deux formes, qu'il déclare ne différer que e évolution plus ou moins rapide, et que cependant il a décrites dans rticles séparés : l'une, sous la dénomination d'*atrophie aiguë ou jaune ie;* l'autre, sous celles d'*hépatite diffuse*, *ictère grave* (*ouv. cité*).

Pronostic. — La maladie est presque toujours suivie de mort, survenant le coma. Quant aux faits rares de guérison qui ont été observés, comme de Wieger et Fritz (*Union méd.*, 1856), on ne sait rien sur les conditions uvent favoriser le retour à la santé.

Ictère des nouveau-nés.

s sa *Clinique des enfants nouveau-nés* (1838), Valleix considère avec et Underwood ce prétendu ictère des nouveau-nés comme dû à la dégra- de la coloration rouge qui survient après la naissance. La couleur jaune au se montre en effet d'abord par places, et jamais sur toute la surface s dès le début, et cette coloration est d'autant plus prononcée que la on rouge primitive a été plus foncée. Cependant Valleix reconnaît qu'il lquefois un véritable ictère; il se distingue du faux ictère dont il vient question par la coloration jaune de la sclérotique, qui est d'un blanc s ou à peine jaunâtre dans le faux ictère.

e explication, d'apparence rationnelle, est niée par Hervieux (*Thèse* de t, 1847), qui rejette de l'étiologie de l'ictère des nouveau-nés : l'ecchymose, ème signalé par Léger (*Thèse*, 1823), l'entérite, et l'engorgement du foie mes, Billard, etc. Il rappelle que, sur quarante-cinq observations qu'il a s, il a trouvé tous les tissus colorés en jaune, sans que l'urine ait une jaune ou brune et sans que les selles fussent décolorées. Hervieux cher- expliquer cet ictère réel par l'hypothèse du trouble passager que présen- s fonctions du foie au commencement de la sécrétion biliaire.

ection est bénigne et dure de six à quinze jours, sans réclamer de traite-

OTIE. — *Voy.* FOLIE.
O-CŒCAL. — *Voy.* CŒCUM.
US. — *Voy.* OCCLUSION INTESTINALE.

ILIAQUES (Régions). — Situées en dehors de la région hypogast les régions iliaques correspondent principalement : à droite au cœcum, à à l'S iliaque du côlon, et par conséquent au péritoine et plus profond au tissu cellulaire sous-péritonéal.

Ces régions sont le siége de douleurs occupant les muscles des parois minales, ou les organes plus profonds. Une douleur musculaire à la pres a imposé, selon Briquet, pour une douleur due à l'ovaire (*Traité de l'hy* p. 238). Une douleur subite peut annoncer, principalement à droite, un *tonite* par perforation de l'appendice iléo-cœcal, ou un PHLEGMON du tiss laire de la fosse iliaque. Des ABCÈS, des TUMEURS, ayant pris naissance d organes sous-jacents ou dans des organes voisins ou éloignés, peuvent ég s'y rencontrer.

C'est aussi au niveau des fosses iliaques que se constatent le plus ord ment la *desquamation scarlatineuse* (comme au voisinage de l'aisse *sudamina* dans la fièvre typhoïde, ainsi que le *gargouillement* à la p de la fosse iliaque droite dans la même maladie.

Les moyens d'exploration dans ces régions sont d'ailleurs les mêmes q les autres parties de l'ABDOMEN.

ILLUSIONS. — *Voy.* FOLIE, HALLUCINATIONS.

IMPÉTIGO. — Cette éruption, tantôt agglomérée sur une surface moins étendue, tantôt disséminée, est remarquable par des *pustules* ciées, petites, jaunes, rapprochées, et donnant lieu à un *suintement* al qui se dessèche en *croûtes* épaisses, inégales, d'un jaune verdâtre, sem parentes en partie, souvent couleur de miel, et à la chute desquelles i pendant un certain temps, des taches légères d'un rouge brunâtre, sans consécutive.

A la face, chez les enfants, les jeunes gens ou les jeunes femmes à p et blanche, il est facile de reconnaître cette affection, qui siége fréquem la moitié inférieure du visage. Chez l'homme adulte, les pustules et les d'impétigo qui s'observent au niveau du menton peuvent être prises *sycosis*, qui ne serait pas caractérisé par des saillies tuberculeuses. Il pas oublier que l'éruption occupe fréquemment les *narines*, où les cro rachées peuvent se renouveler pendant très-longtemps, mais sans êtr fréquemment qu'on l'a dit, le point de départ de l'érysipèle de la face. *jonctive* oculaire peut également être le siége de l'éruption impétigine sera facilement confondue avec une ophthalmie simple si l'on ne reche avec soin les pustules aplaties, ordinairement visibles au milieu de la tion inflammatoire qui les entoure. L'impétigo n'est pas rare non plus a des *oreilles*.

Le diagnostic de l'impétigo est facilité par la recherche de sa cause primitif. il peut s'être développé par *contagion*, selon Devergie, mais plus au contact de *subtances irritantes*, comme celles que manient les ma épiciers, les fileurs de laine, les fileuses de cocons de vers à soie (*Voy.* BASSINE), les criniers, les ouvriers utilisant les vers arsenicaux, la ch L'impétigo se rencontre aussi comme affection secondaire survenant da tres affections cutanées, ordinairement parasitaires, comme la gale, la t veuse, la teigne tonsurante; on l'observe également avec le lichen.

C'est surtout lorsqu'il occupe le *cuir chevelu* que l'on peut méc l'impétigo, non pas lorsqu'il est caractérisé par des pustules, mais lor croûtes qu'elles produisent constituent des plaques plus ou moins é Cependant il est rare qu'on ne trouve pas, sur les limites de l'éruption,

ales caractéristiques s'il s'agit d'un impétigo, soit les cupules du favus s'il it d'une teigne faveuse. De plus, il faut se rappeler que les croûtes impétiuses sont humides en beaucoup de points, tandis que celles du favus sont ntiellement sèches et présentent au microscope un agrégat de parasites aux (Bazin). On ne peut hésiter que lorsque la teigne faveuse et l'impétigo rencontrent réunis, ce qui n'est pas très-rare.

ur les *membres*, on a confondu l'impétigo ancien avec une *syphilide*. Cependl'impétigo n'offre pas, comme les syphilides pustuleuses, des croûtes épaisses, adhérentes, reposant sur des chairs violacées, entourées çà et là de cicatrices ébiles, et laissant à leur chute des ulcérations profondes (Alph. Cazenave). faut tenir compte des différentes *formes* d'impétigo qui ont été établies : rès la disposition de l'éruption des pustules en groupe (*impetigo figurata*) sparses (*impetigo sparsa*), d'après l'aspect particulier des croûtes trèsses, d'un brun jaunâtre foncé, comparées à une écorce d'arbre (Villan) et vrant parfois tout un membre, dont elles rendent les mouvements difficiles uloureux : c'est l'*impetigo scabida*, que l'on observe chez des sujets à titution détériorée. On a admis encore une *forme fébrile* avec symptômes raux au début, et une forme *chronique*; mais il y a une forme intermédiaire, uelque sorte, aux deux précédentes : c'est la plus ordinaire, celle qui, sans précédée de fièvre, ne dure que quelques septénaires. La forme fébrile, rare, comprend l'*impetigo erysipelatodes*, qui se développe avec douvive, et dont les pustules reposent sur des plaques érysipélateuses largel développées : c'est l'eczéma rubrum pseudo-exanthématique de Bazin. n on a appelé *impetigo larvalis* l'éruption pustuleuse qui occupe, chez les nts très-jeunes, tantôt tout le visage, tantôt seulement une partie des joues, lèvres, des oreilles, le cuir chevelu; ce sont les *croûtes de lait* du vulgaire. impétigo est ordinairement une affection légère; car elle n'a de gravité que les sujets âgés ou d'une constitution détériorée, chez lesquels sa durée être indéfinie.

IPUISSANCE. — L'impuissance, caractérisée par l'*absence de tout t vénérien* et par l'*impossibilité d'une érection* convenable pour le coït, qu'une valeur diagnostique très-limitée comme signe de maladies internes. suffit de rappeler qu'elle est la conséquence fréquente des *pertes sémi- involontaires*, des *habitudes solitaires*, de la *glycosurie*, des *maladies moelle* et de plusieurs *intoxications* : alcoolique, par l'opium, par les urs phosphorées (Huss), et surtout de celle due aux inhalations par le re de carbone. Cullerier a signalé aussi l'impuissance comme conséquence trophie des testicules par suite de la *médication iodée* (*Mém. de la Soc. hirurgie*), et Vénot comme conséquence de l'orchite chronique, par l'ab- de spermatozoaires (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1864).

IANITION. — Les phénomènes morbides qui résultent de l'inanition le cours des maladies sont assez fréquemment des causes d'erreurs de nostic regrettables, surtout par les conséquences thérapeutiques qu'elles ment. On peut, en effet, attribuer à la maladie les effets de l'inanition par ivation absolue des aliments ou par l'alimentation insuffisante qui résulte aitement de la maladie. Or, il ressort des recherches expérimentales de at sur l'*inanition* (*Mém. de l'Acad. des sc.*, 1843) : que les deux cons de la privation absolue ou de l'insuffisance des aliments produisent des analogues, mais seulement plus lents s'il y a insuffisance d'alimentation, dans le cas de privation absolue; qu'il y a diminution du poids du corps, ntraîne la mort dès que la perte est des *quatre dixièmes du poids total*;

qu'il y a en même temps diminution de la caloricité; et que l'inanitia (production graduelle de l'état d'inanition) est une cause de mort qu'il ajouter aux trois causes indiquées par Bichat.

Cette inanitiation, suivant Chossat, marche de front et en silence avec maladie dans laquelle l'alimentation n'est pas à l'état normal. Elle arrive terme quelquefois plus tôt et quelquefois plus tard que la maladie accompagne sourdement, et peut devenir ainsi maladie principale, là n'avait d'abord été qu'épiphénomène. On la reconnaîtra, dès qu'on le au degré de destruction des chairs musculaires, et l'on pourra à chaq tant mesurer son importance actuelle par la perte relative du poids du

Quoique ces *pesées* ne soient guère praticables dans la pratique, les ré signalés par Chossat n'en sont pas moins très-importants, et la médeci en faire son profit.

Il résulte surtout de la dernière expérience de l'auteur (*Appendice Mémoire*) un fait capital relatif à la fièvre qui, en maintenant la chaleur élevée, agirait comme le réchauffement artificiel, qui permet au corps porter, sans conséquences fâcheuses, une plus grande déperdition qu'en sence de tout réchauffement.

Dans un intéressant Mémoire (*Bull. gén. de thérap.*, 1854, t. XLVIII), rotte a appliqué à l'homme malade les importants résultats des expérie Chossat sur les animaux. Malgré la difficulté extrême du sujet, qui l'a d'être suffisamment explicite sur plusieurs points, il en est arrivé à f des données diagnostiques très-utiles à la pratique. Il a insisté avec rai les signes suivants de l'inanitiation : destruction des chairs musculaires rapide, alors que la maladie cesse et que le malade reste soumis à la diminution connexe de la chaleur animale (avec sensibilité au froid), de piration et surtout de la circulation (pouls au-dessous de la fréquence nor hémorrhagies (purpura); diminution et parfois fétidité des sécrétions, contraire diarrhée, vomissement (épiphénomène très-important qui cess l'alimentation), exagération de la faim, de la soif; délire, état adynamique rent de celui dû à la maladie principale en ce qu'il se montre plus tard; il existe assez souvent, après les repas, une réaction fébrile accidentelle est nécessaire d'attribuer à sa véritable cause, l'inanition, afin de ne considérer comme contre-indiquant l'alimentation.

INAPPÉTENCE. — *Voy.* FAIM.

INCONTINENCE. — On rencontre dans la pratique l'*incontinence matières fécales* et l'*incontinence d'urine*. La première est la conséq d'une paralysie du sphincter anal (*Voy.* PARALYSIES localisées), sauf da cas de névralgie ano-vésicale, dans laquelle l'anus s'entr'ouvre et laisse éc les matières. Mais la seconde a une origine plus complexe et doit être minée à part.

Incontinence d'urine.

Considérée comme élément de diagnostic, l'incontinence d'urine est symptôme caractérisé par l'*écoulement involontaire*, et sans douleur, liquide, qu'il ait lieu d'une manière continue ou intermittente.

A. — L'*incontinence continue*, dans laquelle l'urine coule goutte à g n'est le plus souvent qu'un épiphénomène de la *rétention d'urine* d vessie, dont il a été question à part (*Voy.* RÉTENTIONS); alors l'incontine lieu par regorgement. D'autres fois, la vessie est vide, c'est-à dire écouler au dehors l'urine aussitôt qu'elle l'a reçue des uretères. Dans ce on ne perçoit ni tumeur, ni rénitence à l'hypogastre, et l'introduction

de dans la vessie, qu'elle sent contractée sur elle-même, ne donne lieu à un écoulement notable d'urine, comme dans le cas de rétention.

ette dernière espèce d'incontinence continue dépend manifestement du ement permanent du sphincter de la vessie; mais il faut en déterminer ine. On peut trouver cette origine simplement dans l'*âge avancé* des ma-, ou dans des *excès vénériens*, la *masturbation*, l'*abus des aphrodi*-*ues* et des *diurétiques*, plus fréquemment dans une lésion de la *vessie*, tumeur intra-pelvienne empêchant la vessie de se développer, dans une des centres nerveux (cerveau, moelle épinière); enfin l'incontinence se re *pendant l'agonie* d'une foule de maladies diverses, dans lesquelles e constitue qu'un phénomène ultime très-secondaire.

— *Lorsque l'incontinence d'urine est intermittente*, c'est surtout la et principalement chez les jeunes enfants qu'on l'observe. Elle paraît pro- r d'abord de l'intensité du sommeil, qui les empêche de sentir le besoin ner, puis l'incontinence nocturne devient une habitude plus ou moins le. Cette émission involontaire se remarque aussi accidentellement dans la *esse* au dernier degré, *pendant l'accouchement*, dans les *violentes émo*-, pendant le rire prolongé, les *convulsions*, l'*asphyxie*. Mais, dans ces ères circonstances, l'incontinence ne mérite qu'une simple mention.

DIGESTION. — Rangée par Chomel parmi les dyspepsies sous le nom *yspepsies accidentelles* (*Des Dyspepsies*, 1857), les indigestions consis- des dérangements qui peuvent porter exclusivement ou simultanément estomac, ou sur les intestins.

Éléments du diagnostic. — La forme la plus légère (simple *digestion rieuse*) est caractérisée par un sentiment de *gêne* et de *pesanteur* qui suit s et persiste souvent pendant plusieurs heures. Il s'y joint de la *somno*-, de la *fatigue*, de la *soif*, un peu d'*accélération du pouls;* la *bouche* t pâteuse et sèche, et l'*évacuation alvine* qui suit est ordinairement copieuse, plus molle et plus odorante que dans l'état de santé. — A un é plus prononcé, il y a *distension de l'estomac*, *douleurs* plus vives à astre, puis dans le reste du ventre, *sonorité exagérée* ou *matité* au niveau stomac, *nausées*, *vomiturition*s et quelquefois *vomissements* d'aliments. *oliques* vives surviennent, puis des *évacuations* de matières mal élabo-, souvent non digérées. — Dans un degré plus intense encore, l'indigestion se montrer avec l'apparence d'une maladie très-grave, soit en raison des *urs violentes* dont l'épigastre et le ventre sont le siége, des *vomisse*-, des *selles*, soit surtout en raison des *phénomènes généraux* qui s'y nt.

Inductions diagnostiques. — L'idée d'une indigestion se présente natu- ent à l'esprit lorsque l'on constate les phénomènes que je viens de rap- r. Leur apparition accidentelle, le soulagement qui suit les évacuations es et surtout les vomissements, l'odeur aigre, vineuse ou hydro-sulfureuse s déjections, viennent corroborer le diagnostic. Il se trouve confirmé par técédents, si l'on apprend que les troubles observés ont été précédés, d'un excès d'aliments ou de boissons, soit de l'ingestion plus rare d'ali- s de mauvaise qualité, soit d'une mastication et d'une insalivation insuffi-; s'il y a eu un rapprochement de plusieurs repas trop copieux, des perturbatrices accidentelles, ou une répugnance idiosyncrasique des s digestifs pour certains aliments (Chomel).

différentes données suffisent, ce me semble, pour qu'il soit inutile d'ex- r le diagnostic différentiel de l'indigestion avec la *gastrite*, l'*engouement*

ou l'*occlusion de l'intestin*, la *colique hépatique*, le *choléra* sporadiq
l'*empoisonnement*.

Dans les cas rares où survient la congestion cérébrale comme complicati
on peut croire à une hémorrhagie du cerveau, et il en est de même
sueurs froides, les défaillances ou la *syncope* accompagnent l'indigestion
début, comme on le voit chez les vieillards. Mais la percussion de l'épigastr
nonçant la plénitude de l'estomac, et la connaissance des antécédents lè
les doutes.

La *rupture* de l'estomac est une complication très-rare, mais aussi
grave, puisqu'il en résulte une péritonite rapidement mortelle, qui ne sera
lement reconnue que si l'indigestion a été d'abord admise. Le diagnostic
plus difficile chez les enfants, lorsque l'indigestion se compliquera de con
sions, dont la véritable cause pourra échapper.

3° *Pronostic*. — L'indigestion est une affection bénigne, sauf dans le
de complications, et principalement dans les cas de *rupture* de l'estom
suite de sa distension excessive, accident heureusement fort rare (*Voy.*
TURES).

INDURATION (des valvules du cœur). — La difficulté ou même l'im
sibilité de rencontrer des indurations valvulaires du cœur comme lésion
empêche de préciser les caractères diagnostiques que l'on doit rattacher à
lésion. Les rugosités qui accompagnent l'induration sont bien, dans la pl
des cas, en rapport avec la rudesse d'un souffle anomal; mais cette règle
pas absolue, des indurations très-prononcées pouvant donner lieu à un s
musical très-doux, et des rétrécissements sans indurations très-prononc
un souffle très-rude, avec bruit de râpe ou de scie.

INFECTION. — Je pourrais répéter ici, à propos de l'infection consi
comme mode de transmission miasmatique de certaines maladies, ce q
dit de la contagion, autre mode de transmission par le contact (*Voy.* Co
GION, p. 232). Je n'ai pas d'ailleurs à discuter cette question étiologique,
seulement à rappeler que l'on a donné le nom d'infection *miasmatique*,
rulente ou *putride*, à trois ordres de faits différents; les deux derniers co
tuent deux états pathologiques particuliers.

L'*infection purulente*, dont il est question à l'article PYÉMIE, est caracté
par des symptômes identiques, que les accidents résultent de l'injection du
dans les veines, de la résorption d'une collection purulente, ou de pus i
dans un organe, ou enfin de la rupture d'un ABCÈS dans un gros tronc vei
(*Voy.* p. 8). On ne saurait donc plus admettre que la phlébite en est l'o
nécessaire.

Quant à l'*infection putride*, qui résulte de la résorption des liquides
viciés par la putréfaction des suppurations chroniques, elle a pour caractèr
marche lente, surtout remarquable par les phénomènes de la fièvre HECTIQ

INFLAMMATION. — Le mot inflammation a été interprété diverse
dans les dernières années. Nous ne saurions négliger de rappeler ces d
rentes manières de voir; car l'inflammation est un fait si général dans l
semble de la pathologie, qu'il est indispensable de s'en faire une idée
précise que possible.

Sans rappeler les anciennes théories, antérieures aux recherches micro
piques et expérimentales modernes sur la circulation capillaire, je mentio
les deux théories principales qui sont aujourd'hui en présence, et dont la di
blance démontre toutes les difficultés du problème. 1° Il y a d'abord la thé
de Virchow, dite *cellulaire* ou de l'irritation formatrice, caractérisée par

ıauque bien déterminée. La théorie de l'exsudat considère comme ca-
ɪrincipal de la lésion de l'inflammation, théorie adoptée généralement
ɔe, concorde bien mieux avec les faits observés, dans lesquels la con-
et les signes qui l'accompagnent caractérisent le début inflammatoire
tissus vascularisés. L'objection faite par Virchow de l'inflammation
t expérimentalement développer dans les parties dépourvues de vais-
ɪparents, comme le cartilage, démontre simplement que l'inflammation
développer sans une participation préalable de la circulation capillaire;
le ne prouve rien contre le fait général des modifications congestive,
ıudative des organes vascularisés qui s'enflamment. Il résulte de la
de voir de Virchow que tout travail pathologique aigu dans l'orga-
st une inflammation, jusqu'aux périodes menstruelles physiologiques
ome, ce qui évidemment est exagéré.

un ouvrage essentiellement pratique de la nature de celui-ci, je n'ai
ıtrer dans une discussion approfondie de cette question capitale de
nation. Il est clair que le dernier mot n'est pas dit encore à son sujet.
lmheim qui rejette les deux théories rappelées tout à l'heure, en cher-
démontrer que les globules de pus sont dus aux globules blancs du
il a vu s'échapper des vaisseaux capillaires par de prétendues stomates,
issent n'avoir été qu'une de ces illusions d'optique assez fréquentes
n étudie les phénomènes infiniment petits. La question du pus produit
lammation est d'ailleurs peu élucidée encore (*Voy.* Leucocytes, Pus).
ammation a une marche ou une évolution qui varie tellement suivant
affecté, que son étude, sous ce rapport, ne serait ici d'aucune utilité.
le résolution, de suppuration ou de gangrène, elle constitue la grande
es phlegmasies, qui sont spontanées ou secondaires, et dont il me paraît
de faire une sèche énumération.

UINALE (Région). — *Voy.* Aines.

ERVATION. — *Voy.* Nerveux (Appareil).

INOSITE, INOSURIE. — L'inosite qui, par sa composition chimi appartient à la famille des sucres et dont la formation semble étroitement li la fonction glycogénique du foie, peut quelquefois se montrer dans l'urine phénomène a été désigné sous le nom d'*inosurie* par Gallois, dans un Mé couronné par l'Académie des sciences (1864). Dans l'état de santé, l'inosite défaut dans l'urine.

Comme Cloetta, Lebert et Neukomm, Gallois a trouvé l'inosite accomp d'albumine ou de glycose. Cette association avec l'albumine ou la glycos constante, et l'inosite ne se trouve pas en dehors de ces conditions. Et c l'inosurie ne constitue qu'un simple épiphénomène qui est sans expr symptomatique, il est peu utile de la rechercher dans la pratique, d'a moins que sa constatation exige des manipulations chimiques nombreuses.

INSENSIBILITÉ. — *Voy.* ANESTHÉSIE.

INSOMNIE. — *Voy.* SOMMEIL.

INSPECTION. — Envisagée d'une manière générale, l'inspection e mode d'exploration qui s'applique à toutes les données diagnostiques que la peut saisir. Elle fait constater l'*habitude extérieure* dans tous ses détails, expressions variées que provoquent les *douleurs*, une foule de symptôm moment de leur production, et enfin les caractères physiques de toutes les tières excrétées.

L'inspection permet encore de constater l'aspect de certaines parties profo grâce à certains instruments, tels que l'abaisse-langue (que le doigt peut vent suppléer) et les différents spéculums du vagin, de l'anus, du conduit ditif, qui font arriver le regard directement jusqu'à des parties d'abord cach et que Fonssagrives a eu l'ingénieuse idée d'éclairer au moyen de l'électr (*Voy.* ORGANOSCOPE). D'autres appareils agrandissent encore le champ de l'i pection exploratrice, comme l'OPHTHALMOSCOPE, le LARYNGOSCOPE, l'EN COPE, etc.

Enfin, la loupe et le microscope étendent les limites ordinaires dans quelles s'exerce l'inspection : la loupe, en permettant de découvrir à la sur cutanée les vrais caractères de certaines éruptions ou lésions d'abord doute et des parasites à peine visibles à l'œil nu ; le microscope, en révélant dans matières ou liquides excrétés, dans les exsudats, dans le sang, des nouve éléments de diagnostic.

A propos de chaque région, de chaque organe, ou des différentes maladie a été question des signes nombreux que l'inspection peut recueillir, et po plupart d'entre eux, une courte description a pu suffire, leur constatation p vant se faire facilement sans méthode particulière. Mais il n'en saurait être même des signes fournis par l'inspection de la poitrine, dont l'emploi doit soumis à certaines règles, si l'on veut en obtenir des résultats satisfaisants.

Inspection de la poitrine.

Depuis les premières recherches que j'ai publiées sur la configuration d poitrine (*Thèse*, 1835 ; *Recherches sur l'inspection et la mensuration d poitrine*, 1838), j'ai souvent été à même de confirmer les résultats alors nouve qu'elles renfermaient. Quoique l'ensemble de ces résultats ait été reproduit un certain nombre d'auteurs, notamment par le docteur Walshe, de Lond (*Diseases of the lungs and the heart*, 1860), et par les auteurs du *Comp dium*, je crois devoir en donner un exposé succinct, en résumant les travaux qui ont été faits, soit sur la configuration de la poitrine, soit sur l'i pection des mouvements respiratoires ou circulatoires. Je n'exposerai, dans simple aperçu, que les données le plus utiles à la pratique.

1° *But.* — L'inspection du thorax a pour but de faire constater, outre les [illegible]gements de couleur que la peau peut y offrir, les modifications patholo[illegible] extérieures que cette partie du tronc présente, soit dans ses mouvements [illegible]tionnels, soit dans sa configuration et dans son volume.

[illegible] *Méthode d'exploration.* — Pour juger de l'état des mouvements fonc[illegible]nels du thorax, on devra d'abord tenir compte de l'*étendue*, de la *durée* [illegible]tive et du *rhythme* des mouvements d'inspiration et d'expiration ; on aura [illegible] de les examiner, chez l'homme, dans toute la partie antérieure de la poi[illegible] mise à nu, et principalement à la partie supérieure et inférieure du thorax. [illegible]ploration devra s'effectuer, chez la femme, dans les régions supérieures, [illegible] inférieures, exploration successive toujours facile, parfaitement suffisante, qui n'obligera pas à découvrir complétement la poitrine, ce qui est souvent [illegible]mandé par la plus simple convenance.

Quant aux *mouvements d'expansion*, toujours plus ou moins limités, qui [illegible]sistent en pulsations visibles des organes circulatoires, on aura surtout à [illegible]rminer leur *siége*, leur *étendue*, leur *intensité* et leur *rhythme*.

[illegible]r apprécier convenablement la configuration de la poitrine, il est indis[illegible]sable que le malade soit placé dans une position favorable à l'exploration, à [illegible] qu'il n'existe une déformation des plus prononcées, ce qui n'est pas [illegible]dinaire, ou une déformation très-limitée, la saillie d'un abcès, par exemple. [illegible] général, il faut une certaine attention pour constater les signes fournis par [illegible]pection de la poitrine, et consistant en *saillies* ou en *dilatations* anomales, [illegible] plus rarement en *dépressions* manifestes : les unes et les autres plus ou [illegible] étendues, et souvent appréciables seulement par la comparaison des deux [illegible] de la poitrine entre eux. C'est cette comparaison qui rend nécessaire une [illegible]loration méthodique.

On peut examiner le malade couché dans son lit, assis sur son séant, debout [illegible] assis sur un siége. Dans ces différentes conditions, il faut que le tronc soit [illegible] sa rectitude, la tête droite, et que les bras soient abandonnés à eux-mêmes [illegible] les côtés. Si le malade est couché sur le dos, position qui ne permet d'exa[illegible]er que les régions antérieures, on a soin d'égaliser d'abord le plan du lit sur [illegible]el il repose. Après avoir constaté l'état des régions moyennes (sternale en [illegible]t, spinale en arrière), on compare les régions latérales correspondantes en [illegible]plaçant en face, et l'on reconnaît ainsi les défauts de symétrie, soit dans le [illegible] des parties, soit dans leur niveau respectif (épaules, mamelons), soit dans [illegible] éloignement réciproque de la ligne médiane (régions inférieures et externes).

[illegible] *Signes.* — Les modifications pathologiques que l'inspection des mouve[illegible]ts respiratoires et de la configuration de la poitrine permet de reconnaître, [illegible] pourront être bien comprises que si l'on tient compte des conditions qui [illegible]tent dans l'état physiologique, et que je vais d'abord succinctement rappeler.

a. — *Dans l'état sain*, les mouvements respiratoires visibles s'effectuent : [illegible]piration, par le soulèvement des côtes et le refoulement simultané des [illegible]es abdominaux qui font plus ou moins saillie au-dessous des côtes; [illegible]piration, par le retour de ces parties à leur position première. Ce mécanisme [illegible]ratoire est lent, gradué, régulier, et s'exécute au niveau des côtes dans [illegible] la hauteur de la poitrine, où il constitue la respiration *costale*, plus pro[illegible]cée chez la femme que chez l'homme au niveau des côtes supérieures. C'est [illegible]e, chez elle, la dilatation habituelle est la plus forte. Cette expansion cos[illegible] est égale des deux côtés et s'accompagne d'une dépression des espaces [illegible]rcostaux plus grande que dans l'expiration. Inférieurement, l'expansion ins[illegible]ratrice de la partie supérieure du ventre répond à la contraction du dia-

phragme (respiration diaphragmatique), et elle est également uniforme des deux côtés. Quant aux mouvements pulsatifs du cœur et des gros vaisseaux intra-thoraciques, ceux du cœur seuls sont quelquefois, mais seulement chez des sujets maigres, sensibles au niveau des espaces intercostaux gauches, contre le sternum, et surtout au niveau de la pointe de l'organe. Telles sont les données physiologiques qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on explore la poitrine.

Les données relatives à la configuration physiologique du thorax ont plus d'importance encore que les précédentes, puisque cette configuration est loin d'être aussi fréquemment régulière qu'on l'a dit, comme je l'ai démontré dans mes premières recherches.

Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer un certain nombre d'anomalies physiologiques que l'on pourrait prendre pour des anomalies morbides.

Telle est d'abord la différence de relief que peuvent présenter les deux côtés de la poitrine antérieurement ou postérieurement, et d'où résultent fréquemment le *relief du côté gauche en avant*, et celui au contraire *du côté droit en arrière*. On trouve ces saillies isolément ou ensemble chez un assez grand nombre de sujets, et paraissant être souvent indépendantes de déviations du rachis (*Voy.* p. 286). Ce n'est que très-exceptionnellement que l'on trouve le *côté gauche en arrière* et surtout le *côté droit en avant* relativement plus développés que les côtés opposés. Ces saillies dépendent d'une exagération relative de la courbure des côtes; cependant le relief antérieur gauche de la poitrine peut être dû à une simple exagération des parties molles à son niveau chez des sujets *gauchers*.

Le *cartilage de la deuxième vraie côte* peut aussi former une saillie relative peu étendue, isolée et mal délimitée, à droite ou à gauche du sternum; mais il est plus ordinaire de rencontrer les deux cartilages semblables saillants en même temps, et réunis alors par une *saillie transversale du sternum* à leur niveau. Ce relief supérieur du sternum peut être isolé et constituer une *saillie en bosse* plus ou moins considérable, sans qu'on doive l'attribuer à une cause pathologique. Il en est de même des *dépressions*, parfois profondes, que présente assez souvent la partie inférieure du même os.

Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer le *mamelon gauche* situé deux ou trois centimètres plus bas que le droit.

Ces défauts de la configuration physiologique de la poitrine, que j'ai dénommés *hétéromorphies*, et qui peuvent être isolés ou groupés sur un même thorax, sont les plus importants à connaître. La saillie antérieure gauche est celle qui, par sa fréquence, doit fixer plus particulièrement l'attention. Postérieurement à mes recherches, Sibson a pourtant trop généralisé ce fait, en considérant comme constante la saillie de l'éminence pectorale gauche antérieure (*Lond. med. Gaz.*, 1848).

b. — *Dans l'état pathologique*, on constate par l'inspection thoracique deux sortes de données diagnostiques : les unes, analogues aux données physiologiques signalées plus haut, et par conséquent d'une valeur douteuse; les autres, différentes de celles que l'on rencontre dans l'état sain, et par cela même pathognomoniques

Les modifications pathologiques des mouvements respiratoires consistent en un surcroît ou une diminution d'activité ou d'énergie, ou bien en une perversion des mouvements normaux. Ces modifications sont *générales ou partielles*. Elles sont générales, soit lorsqu'une dyspnée quelconque accélère ou rend simplement plus étendus et plus fréquents les mouvements respiratoires; soit lorsqu'ils sont irréguliers, saccadés, singultueux. Les phénomènes sont partiels, da

arriver que les pulsations soient perçues au niveau d'un empyème
Aran, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1858), sans que l'on puisse expliquer
icularité d'une manière satisfaisante.
téromorphies pathologiques qui ressemblent à des hétéromorphies
ques semblables, sont difficilement distinguées de ces dernières.
it : la saillie antérieure gauche qui serait due à une hypertrophie du
le du deuxième cartilage droit produite par un anévrysme de la crosse
; les saillies qui seraient la conséquence des épanchements dans les
thoraciques au niveau des saillies physiologiques; les dépressions
ontraire à la résorption de ces épanchements, au niveau des dépres-
tives physiologiques. Il résulte de cette confusion des erreurs de tous
Pour les éviter, il faut d'abord tenir compte de la fréquence chez
sain de l'hétéromorphie constatée, ce qui doit la faire soupçonner
comme étant physiologique, à moins, ce qui est rare, que l'on n'ait
on de reconnaître précédemment, avant l'invasion de la maladie, la
ion régulière de la poitrine; à moins encore que l'on n'ait vu mani-
paraître et croître, ou décroître, l'hétéromorphie dans le cours de
: preuves manifestes de sa nature pathologique. Seulement il ne faut
de vue qu'une saillie physiologique pourrait se transformer en saillie
que en présentant les particularités dont je viens de parler.
aux hétéromorphies pathologiques sans analogues dans l'état sain,
rait y avoir de doutes sur leur importance. Ce sont d'abord : la
s *régions sus et sous-claviculaires*, due à l'emphysème pulmonaire,
nt de certains *espaces intercostaux* antérieurs, chez des individus
atteints de la même maladie ou de toute autre lésion intra-thoracique
ocalement une pression de dedans en dehors; telles sont encore la
la base d'un côté de la poitrine, en avant et *en dehors*, par suite
chement pleurétique, celles de la base de la cage thoracique au ni-

ou affections). — Je n'ai pas joint cet
NTOXICATIONS, quoique les fièvres intermit-
nséquence d'une intoxication *paludéenne*
grand rôle dans la pathogénie des maladies
écomposition des matières végétales se pro-
.té. Mais ce rôle étiologique incontestable
e, ni délimité, plusieurs maladies des pays
s comme de nature miasmatique et par les
uses toutes différentes. Sans donc chercher
l'essence est aussi incertaine, je réunis
fièvres ou affections intermittentes, les états
nittences, en insistant sur les fièvres inter-

présentent des rémissions, de secondaire
mais qui cependant en ont imposé quelque-
ladies véritablement intermittentes.
athologiques intermittents et réguliers aux-
es larvées, quoiqu'il ne s'agisse pas ici de
s *névralgies*, des *céphalées*, des *convul-*
e périodicité que les fièvres d'accès, mais
re rapporté des faits de véritables fièvres
lents d'*hépatite*, d'*asthme*, de *dysenterie*,
, de *pleuro-pneumonie*, de *myélite* (Gou-
d., 1856), ou de *pneumonie* dite intermit-
en ont observé des exemples (*Bulletin génér.*
oché ces différentes affections des fièvres
pidement aussi par le sulfate de quinine, et
ie pernicieuse.
je me contente de signaler, il y a la grande
ui a une tout autre importance, et à laquelle
t article.

des lieux bas et humides où se trouvent
bsorbés par les voies respiratoires, est la
, des fièvres intermittentes ou d'accès. Nous
autres causes. Ce qui doit être rappelé ici,
ces effluves devaient leur action toxique à
t qu'ils étaient mélangés de miasmes dus à
iniment petits et échappant par cela même
usement faite. Des recherches suivies ont
iqueuse des effluves l'existence de gaz plus
roto-carboné et l'azote (Wollaston), l'hydro-
é (P. Savi). Mais ce n'était évidemment pas
t élément était-il plutôt la *matière albumi-*
t d'autres ont constatée dans les vapeurs con-
palustres? C'est ce qui ne put être prouvé.
it, lorsque la supposition ancienne de la pré-
taux et d'animalcules dans les effluves a été
a recueillis en faisant passer l'air avoisinant
furique (*Rech. expérim. sur la nature des*
. Il a trouvé dans cet acide, après une foule

INTELLIGENCE. — Les facultés intellectuelles peuvent être abolies, exaltées ou perverties dans les maladies; et ces modificatio variées.

La diminution ou l'abolition de l'intelligence, tantôt constitue comme la *démence*, l'*idiotie* (*Voy.* FOLIE), et tantôt caractérise simple ou complexe, comme le VERTIGE, la *lipothymie*, la SYNCOPE CONNAISSANCE, la SOMNOLENCE morbide, le COMA. — L'exaltation et l des facultés intellectuelles constituent le DÉLIRE de la folie et des n

Ces différentes manifestations, qui caractérisent les troubles l'intelligence, ont été traitées ailleurs dans cet ouvrage au poin diagnostic; cependant il est une question particulière que je veux ra celle de la constatation de l'affaiblissement intellectuel à son début. sement est le signe principal de la *démence* proprement dite; on aussi dans la pachyméningite, le *ramollissement* du cerveau, da séminales involontaires, dans la *paralysie générale* des aliénés phénomène consécutif, à la suite de l'*hémorrhagie cérébrale* ou graves (fièvre typhoïde, peste, etc.).

Lorsqu'il existe un affaiblissement intellectuel peu prononcé, il que le malade réponde raisonnablement aux questions simples qu'on et que cependant on constate un affaiblissement évident de la m raisonnement dès que l'on veut obtenir de lui des renseignements sur les faits antérieurs, le nombre de jours écoulés entre deux da gnées, etc. C'est un point de pratique qui a une réelle importa s'agit, par exemple, de savoir si une paralysie générale s'accomp de démence. J'ai vu à l'hôpital considérer comme paralysie sans a paralysie générale qui s'accompagnait de signes de démence que l'c recherchés avec assez d'attention.

INTERCOSTALES (Régions). — Les espaces intercostaux visibles à la partie antérieure du thorax chez les personnes qui o

ies présentant des intermittences, en insistant sur les fièvres inter-
roprement dites.

abord des affections qui présentent des rémissions, de secondaire
.dans la plupart des cas, mais qui cependant en ont imposé quelque-
r régularité pour des maladies véritablement intermittentes.

plus, les phénomènes pathologiques intermittents et réguliers aux-
donné le nom de *fièvres larvées*, quoiqu'il ne s'agisse pas ici de
tous les cas. Ce sont des *névralgies*, des *céphalées*, des *convul-*
hoquets, ayant la même périodicité que les fièvres d'accès, mais
ment fébrile. On a encore rapporté des faits de véritables fièvres
bations nocturnes d'accidents d'*hépatite*, d'*asthme*, de *dysenterie*,
e aiguë, de *rhumatisme*, de *pleuro-pneumonie*, de *myélite* (Gou-
le d'Athènes et *Gaz. hebd.*, 1856), ou de *pneumonie* dite intermit-
mme L. Gros et Lecointe en ont observé des exemples (*Bulletin génér.*
eut., 1856). On a rapproché ces différentes affections des fièvres
rce qu'elles guérissent rapidement aussi par le sulfate de quinine, et
ectent quelquefois la forme pernicieuse.

rs de ces affections que je me contente de signaler, il y a la grande
fièvres intermittentes, qui a une tout autre importance, et à laquelle
plus particulièrement cet article.

s intermittentes.

des effluves qui émanent des lieux bas et humides où se trouvent
tagnantes, et qui sont absorbés par les voies respiratoires, est la
ntestable, et la principale, des fièvres intermittentes ou d'accès. Nous
s loin quelles en sont les autres causes. Ce qui doit être rappelé ici,
viction déjà ancienne que ces effluves devaient leur action toxique à
invisibles de végétaux, et qu'ils étaient mélangés de miasmes dus à
osition d'animalcules infiniment petits et échappant par cela même
statation même minutieusement faite. Des recherches suivies ont

d'expériences, des débris organiques qui, vus au microscope, consti fragments de végétaux, des grains de pollen, des parties ou des débri inconnus, des tardigra des infusoires qu'il a re que nous reproduisons d res 100, 101, 102, 103,

Quoique ces intéressa ches de Gigot-Suard ne confirmer le fait généra sence des débris végéta



Fig. 100. — Débris de végétaux (feuilles, fibres, cellules) recueillis dans les effluves m condensés (Gigot-Suard).

maux dans les effluves marécageux, ils n'en méritent pas moins u attention. D'autres recherches bien autrement importantes, si elles é firmées par d'autres observateurs, ont été faites par Salisbury, qui a



Fig. 101. — Grains de pollen trouvés dans les effluves marécageux au milieu d'autres débris végétaux et animaux (Gigot-Suard).

Fig. 102. — Débris d'insectes incon milieu d'autres débris dans les cageux (Gigot-Suard).

dans les crachats et les urines des fébricitants, comme à la surface d marécageux où vivaient ces malades, des spores ou cellules d'un végét microscopique de la nature des algues et du type *palmella* (*American medic. sc.*, 1866, d'*hygiène*, 1868,

Passons mainte question principa article : le diag fièvres intermitten

1° *Éléments du tic.* — Il y a peu d qui présentent, d éléments diagnosti tant de netteté qu'

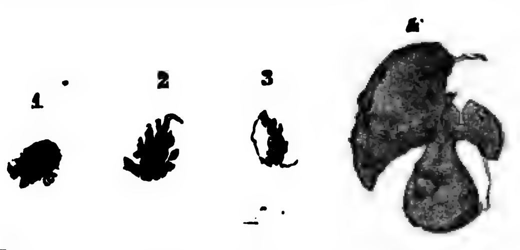
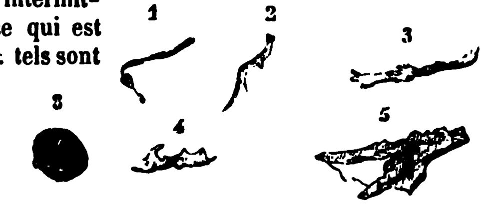


Fig. 103. — Tardigrades trouvés au milieu des débris végétaux des effluves marécageux (Gigot-Suard).

intermittente simple. Des *accès* caractérisés par trois stades distincts : d *frisson* léger ou violent, puis une *chaleur* exagérée avec fréquence et du pouls, et enfin une *sueur* plus ou moins abondante; la *durée limi*

qui est en moyenne d'une à six ou sept heures, et leur retour périodique
irement très-régulier aux mêmes heures, soit chaque jour (type *quoti-*
soit tous les deux jours (type *tierce*), soit tous les trois jours (type
ɪ), soit enfin après une intermit-
beaucoup plus éloignée, ce qui est
ement rare (type *septane*) : tels sont



104. — Infusoires des effluves (Gigot-Suard).

Fig. 105. — Débris d'insectes suspendus avec d'autres débris végétaux dans les effluves des marais (Gigot-Suard).

omènes fondamentaux des fièvres intermittentes simples. Il se joint à
ents principaux du diagnostic une foule d'autres données, notamment
tive à la température du corps constatée à l'aide du thermomètre; il en
stion dans ce qui va suivre.

ductions diagnostiques. — Si les accès bien caractérisés de la fièvre
ttente rendent facile le diagnostic de la maladie, il ne faut pas perdre de
'avant l'apparition du premier accès, il peut y avoir pendant sept, huit et
dix jours un embarras gastrique fébrile qui rend au premier abord le dia-
c impossible. Ce début n'est pas rare. Griesinger, qui a bien résumé
re des fièvres de marais (*Traité des malad. infectieuses*, trad. par
ttre, 1868), l'a constaté dans le quart des faits (cent deux fois sur
cent vingt-cinq). Les accès une fois déclarés, les différentes phases des
considérés en eux-mêmes, ou les intermittences qui les séparent, sont
d les deux conditions qu'il faut examiner.

évident que si l'on assiste pour ainsi dire à l'évolution complète d'un
fièvre intermittente simple avec ses trois stades sucessifs, on ne peut
aître la maladie, en fût-elle à son début : au premier accès. Son invasion
et imprévue, le peu de durée des phénomènes fébriles finissant par des
, qui sont suivies d'un état de bien-être normal ou d'un léger malaise
, viennent bientôt démontrer, en effet, qu'il s'agit d'un accès de fièvre
ttente. — Un excellent signe au début de l'accès est l'ascension rapide du
ètre placé sous l'aisselle, ascension qui, en une heure, peut atteindre
41° (la température normale étant 37°,5) ; la fin de l'accès s'accuse par
inution aussi rapide et aussi accentuée que l'ascension. Ces caractères
ncontrent pas dans la fièvre purulente ou pyémie, dont les frissons res-
t à ceux de la fièvre intermittente, mais où l'augmentation de la chaleur
plusieurs heures et par conséquent beaucoup moins rapide, de même que
sion. Cet examen thermométrique peut surtout avoir son utilité lorsque
s de fièvre intermittente présentent, comme cela arrive quelquefois, des
ités qu'il ne faut pas perdre de vue, et qui ont fait considérer la fièvre
anomale. Ces accès peuvent, par exemple, ne pas être complets, un
s manquant ou se montrant seul ; et ils peuvent être modifiés, la suc-
les stades étant intervertie.

our périodique des accès, quelle que soit leur forme, a aussi une très-
mportance diagnostique, surtout comme antécédent. Mais il ne faut pas
que la succession des accès ne représente pas toujours les types les
inaires que j'ai rappelés plus haut. En effet, en cas d'accès quotidiens,

le troisième peut ressembler au premier, le quatrième au deuxi de suite, ce qui constitue la fièvre *double tierce;* tandis que la *d* est caractérisée par un accès le premier et le deuxième jour troisième, accès les deux jours suivants, apyrexie le sixième jour, des particularités faciles à constater.

Le diagnostic devient moins facile lorsqu'un accès survient avan soit fini, ce qui constitue la fièvre dite *subintrante*. Il en est de n fièvres qui ont été désignées par Mêlier sous les noms de fièvres int *courtes périodes*, et qui se caractérisent par plusieurs accès succ vingt-quatre heures, accès fort courts et ne consistant souvent qu'en rapide de chaleur suivie de sueur (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1843,

Il résulte de là que l'étude des antécédents révèle la *marche* d marche qui confirme le diagnostic en indiquant le type de la fièvre antécédents *étiologiques* n'ont pas une valeur moindre.

Sous ce dernier rapport, la condition des localités dans lesquelle loppée la maladie occupe le premier rang. Je rappellerai d'abord le dans lesquels une végétation puissante se développe sous l'influen leur et de l'humidité. Dans nos contrées, le voisinage d'un étang v d'eau stagnante, celles dans lesquelles on fait rouir le chanvre, les douce, mais surtout les marais mixtes, dans lesquels l'eau salée l'eau douce, comme Fodéré et principalement Mêlier (*Mém. de méd.*, t. XIII, 1847) l'ont démontré, plus rarement l'habitation nouvellement construite (ainsi que j'en ai vu deux exemples) et signalé Béringuier, la culture des terrains argileux, seraient les plus ordinaires des effluves et des miasmes produisant les fièvres in Elles se montrent de préférence au printemps et à l'automne, et le est favorisée par l'existence d'attaques antérieures. On a observé d nières années à Paris des accidents intermittents qui paraissaie origine dans les percements des rues nouvelles, nécessitant des de terrains étendus, dans le voisinage desquels les affections inter été observées. Trousseau fait remarquer à ce propos (*Clin. méd.*, palustres) que « plus d'un médecin a été surpris par des cas de fi cieuses qu'il était peu habitué à rencontrer dans la pratique. »

Il y a des circonstances où l'on ne trouvera pas d'abord ces cond giques, soit endémiques, soit accidentelles, pour expliquer l'int faudra les chercher alors dans les contrées voisines d'où les miasm être transportés par les vents qui en proviennent. On n'oubliera pas q atteint de fièvre intermittente peut habiter un pays très-sain, mai avoir séjourné récemment dans un foyer d'émanations paludéennes.

Parmi les autres données étiologiques, qui sont accessoires aupr là, je dois cependant signaler, comme des causes faciles à consta mission de la maladie d'une nourrice à l'enfant qu'elle allaite (Éb *méd.*, 1848), et les opérations faites sur les organes urinaires, qu souvent suivies d'accidents intermittents.

Dans les faits de diagnostic douteux qui résultent quelquefois d des accès ou de leur apparition mal accentuée, on peut vraiment se sur la nature des accidents observés, en supposant que l'on soit en contrée plus ou moins exposée aux effluves miasmatiques. L'esse penser à la possibilité de la fièvre intermittente ; car dès lors tout f léger, toute sueur précédée de troubles fébriles même peu accusés dans le cours d'une autre maladie, éveillent suffisamment l'attenti

les recherches dans leur véritable voie. Quant à la constatation des mêmes mènes dans un pays où l'endémicité des fièvres intermittentes est habi-, admettre l'existence de la maladie d'après le plus léger indice : telle est le absolue d'une bonne pratique, règle d'une importance majeure au point e de la médication. Cette médication elle-même viendra éclairer le dia-ic ; car la disparition des accidents observés à la suite de l'administration fate de quinquine suffira pour démontrer leur nature.

ne suffit de rappeler que l'on peut croire à des accès intermittents dans s de *fièvre purulente*, soit traumatique, soit puerpérale, ou lorsqu'il nt des frissons quotidiens chez les tuberculeux arrivés à la troisième le de la *phthisie*. Dans ces différentes circonstances, en effet, les condi-pathologiques dans lesquelles surviennent les accès ou les frissons, éclai-e praticien, ou du moins le font hésiter tout d'abord à diagnostiquer une intermittente. D'un autre côté, il ne faut pas qu'il méconnaisse l'intermit-fébrile lorsqu'elle existe réellement, erreur de diagnostic qui pourrait rès-grave. On doit toujours penser à établir la réalité de l'intermittence, la rechercher, soit que l'on observe le malade pour la première fois au nt du stade de chaleur, qui pourrait faire admettre une fièvre continue ive ou symptomatique, soit au moment de l'APYREXIE, qui pourrait faire à l'absence d'une maladie] fébrile, comme je l'ai déjà dit ailleurs. La é où l'on observe, ou bien celle d'où provient le malade, est une considéra-le grande importance qui aide à se prononcer.

degré d'intensité des accès est une condition qui influe nécessairement facilité du diagnostic des fièvres intermittentes. — Il en est de même de on de la rate (intumescence), regardée par le plus grand nombre comme équence des accès et non comme leur origine. Aussi cette augmentation ume de la rate, qui est souvent une donnée confirmative excellente de la e, ne peut-elle se rencontrer que dans les fièvres déjà assez anciennes, par conséquent dont le diagnostic est le moins embarrassant.

formes diverses que peuvent revêtir les fièvres intermittentes sont de la ute importance à signaler, car, en dehors des formes *simple* et *anomale*, a été principalement question jusqu'ici, il y a les formes *pernicieuse*, *lente*, *pseudo-continue* et *symptomatique*, qui donnent souvent lieu à des s de diagnostic déplorables, contre lesquelles on doit se tenir en garde.

— La fièvre pernicieuse tue très-rarement au premier accès, souvent au re au second ou au troisième accès. On a par conséquent le plus grand à la diagnostiquer dès le premier, pour combattre efficacement la maladie. caractères distinctifs des fièvres pernicieuses sont nombreux. Ils s'ajou-ceux de la fièvre intermittente simple, ou bien ils ne sont qu'une exagé-de l'un des stades indiqués précédemment.

t ainsi qu'il y a parfois un frisson excessif pendant lequel la mort peut r dès le premier accès. La face est alors cadavéreuse, il y a une anxiété agitation extrêmes, la soif est vive, l'haleine froide, la voix éteinte, le fréquent ou rare, petit, irrégulier, et l'intelligence reste entière; les de chaleur et de sueur sont peu accusés, et l'intervalle apyrétique est rement marqué par de l'abattement et du malaise : c'est la *fièvre perni-algide*. Maillot, Haspel, Griesinger n'admettent pas que, dans cette , il y ait augmentation d'intensité ou prolongement inaccoutumé du rdinaire de frisson ; ce serait un état de collapsus profond, de syncope blesse du cœur, où Haspel dit avoir fréquemment trouvé, d'une manière e, d'anciennes lésions. Mais il y a lieu de penser qu'il s'agit, dans les faits

de ce genre, de la forme pernicieuse syncopale ou cardialgique, dont nous parlerons tout à l'heure. — Dans un autre ordre de faits, la transpiration excessive (forme pernicieuse *diaphorétique*) ; les malades, qui conservent l'intégrité de leur intelligence, comme dans la forme précédente, se plaignent du froid, et la mort survient au milieu d'un épuisement excessif. Cette forme peut être confondue avec certaines *suettes miliaires;* seulement les sueurs se prolongent ordinairement plus longtemps dans cette dernière affection que dans la fièvre pernicieuse.

Certains symptômes cérébraux ou nerveux prédominants ont donné leur nom à la fièvre qu'ils accompagnent. C'est d'abord la forme *comateuse* dite aussi *soporeuse*, *léthargique*, *carotique*, *apoplectique*, dans laquelle la mort survient rarement dès le premier accès, et qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre intermittente simple dans laquelle il y a un peu de somnolence pendant le deuxième stade ; la forme *délirante*, caractérisée par un délire violent qui accompagne le deuxième stade, et pendant lequel la mort a lieu, à moins qu'elle ne soit précédée de coma ; la *forme convulsive*, dans laquelle les accidents nerveux sont *épileptiformes*, *tétaniques*, *cataleptiques*, ou simplement *convulsifs*, avec un état général grave, comme on l'observe chez les enfants ; on a aussi admis une forme *paralytique*, dans laquelle une paralysie partielle ou générale du sentiment et du mouvement, comme l'a observé Cavaré, se montre pendant l'apyrexie ; et enfin une forme *hydrophobique*, dans laquelle à la fureur maniaque se joindrait l'horreur des liquides.

Du côté du cœur, on a noté une douleur excessive avec grande anxiété, des élancements, altération profonde des traits survenant dès le premier stade (forme *cardialgique*), ou bien des syncopes (*forme syncopale*). — On a admis aussi des fièvres pernicieuses *pleurétique*, *pneumonique* et même *asthmatique*, *aphonique*. — La forme pneumonique, dans laquelle les signes stéthoscopiques sont ceux du premier degré, et qui disparaissent pendant l'intermission (Gr...), n'est, selon moi, caractérisée que par une congestion pulmonaire. — Des symptômes graves vers les organes digestifs ou leurs annexes ont fait admettre une fièvre *gastralgique*, *gastrorrhagique* (Bourgeois), *cholérique*, *dysentérique*, *hépathique*. La forme cholérique ou cholériforme offre des symptômes qui ne diffèrent pas de ceux d'une attaque de choléra grave. — Enfin des accidents *péritoniques*, *néphrétiques*, *cystiques* ont fait dénommer ainsi la fièvre qu'ils dominaient dans l'impression symptomatique de la maladie.

Ces phénomènes si variés de certaines fièvres intermittentes, observés fréquemment dans les localités où règnent habituellement les fièvres paludéennes, sont surtout communs sous la zone torride. Mais il faut que l'on sache que l'on peut rencontrer partout des accidents pernicieux, afin d'être constamment sur ses gardes. On doit, en effet, les redouter toutes les fois qu'un des phénomènes graves insolites que je viens de rappeler se montre avec quelques symptômes fébriles, si incomplets qu'ils soient. Si l'ensemble des accidents est passager et ne dure que quelques heures, il faut franchement adopter l'idée d'une fièvre pernicieuse pour agir au plus tôt en conséquence. Ces préceptes sont vulgaires dans les contrées à fièvres endémiques ; mais ils doivent l'être partout, car, malgré la rareté des faits dans les autres pays, ils peuvent se présenter à l'observation aujourd'hui, demain, et n'être pas reconnus à temps. Cependant ce principe ne doit pas être exagéré, et l'on doit se garder de conclure à l'existence d'une fièvre pernicieuse, lorsque des accidents pneumoniques ou céphaliques s'observent avec une température thermométrique de 40 ou ... à l'aisselle, ainsi que l'a avancé Robert de Latour (*Union méd.*, 1866). Il ...

ipme). Cette fièvre se prolonge quelquefois vingt, trente et même
urs, si elle n'est pas funeste les premiers jours; elle est remarquable
lle ne présente pas, à proprement parler, d'accès isolés, mais des
es périodiques et régulières de la chaleur, précédée ou non de fris-
paroxysmes peuvent devenir pernicieux; aussi dans les pays chauds
eux doivent-ils être recherchés avec le plus grand soin par les
qui peuvent voir la maladie devenir franchement intermittente (ce
son origine miasmatique).

er (*ouv. cité*) admet trois formes de fièvre rémittente. — Dans une
re, le malade est atteint de fièvre et de gastricité; la tuméfaction de
ient bientôt, puis c'est un ictère léger avec des selles irrégulières et
colorées, fréquemment de l'herpès labial, le tout avec fièvre continue
ions rhythmiques, et, dans les cas un peu développés, avec affaissement
olente céphalalgie, douleurs des membres, vertige, bourdonnements
ın peu d'épistaxis. Il peut y avoir alors confusion de la maladie avec
typhoïde, dans les cas où la durée est de trois semaines; car il en
durée n'est que de trois à dix jours, et ceux-là pourraient être pris
aits de fièvre gastrique ou embarras gastrique fébrile, que les Alle-
omment volontiers catarrhe intestinal. — Dans la forme *moyenne* de
mittente, qui s'observe sur les côtes de Hollande, en Hongrie surtout,
ans le nord de l'Afrique et dans le nord de l'Amérique, l'état général
rave : il existe un état typhoïde que traduisent la sécheresse de la
stupeur et le délire; des symptômes bilieux bien accusés existent
nt sans être constants; souvent on observe des parotides, de la
, de la dysenterie, une splénite (?) intense. Enfin dans quelques cas
soupçonner quelques complications pernicieuses, pendant lesquelles
ut survenir tout à coup. La durée est ici de sept à quatorze jours
erminaison est heureuse, ce qui résulte d'une rémission complète et
opieuses. Les récidives sont fréquentes. — La forme *grave* peut pré-

tiques que l'on observe dans les pays marécageux. Elle pourrait d'autant être prise pour une fièvre continue, qu'elle ne présenterait pas d'in apyrétique sensible, suivant quelques auteurs. Mais d'autres ont fait re qu'à des intervalles réguliers plus ou moins rapprochés, on pouvait, en prévenu, constater des exacerbations manifestes dans la continuité ap des phénomènes. Comme la fièvre peut, ici encore, être pernicieuse, démontre une fois de plus la nécessité de toujours penser à l'interm si légère qu'elle soit, dans les pays où les fièvres intermittentes rè et lorsque l'on se trouve en présence d'un cas de maladie grave, que soit.

d. — La fièvre intermittente *symptomatique* dépend d'une affection p tante dans le cours de laquelle elle se développe, comme dans la *phthisi monaire* avancée. Dans certaines *pleurésies latentes*, selon Landou aurait fréquemment des accès fébriles intermittents ou des exacerbations lières d'un état fébrile permanent (*Arch. de méd.*, 1856, t. VIII). On re encore la fièvre à accès intermittents dans les cas de *suppuration* co *rable*, dans la *blennorrhagie* et l'*orchite* qui la complique, dans l'e *intense* (Chomel), à la suite du *cathétérisme* de l'urètre, de la *cautéri* de ce canal, etc. On s'est demandé avec raison, en se fondant sur l'actio rable du sulfate de quinine en pareille circonstance, s'il n'y aurait pas coïncidence. Quoi qu'il en soit, ces fièvres intermittentes secondaires, qu raient affecter la forme pernicieuse, ne doivent pas être confondues a simples paroxysmes du soir des maladies fébriles, paroxysmes qui s'en guent en ce qu'ils résistent à l'emploi des préparations de quinine. On v définitive, que cette forme de fièvre est presque uniquement basée sur l' favorable que les anti-périodiques peuvent exercer sur elle, comme s fièvres intermittentes en général.

Comme *complications* des accès de fièvres intermittentes, on a observé bord des *taches ardoisées* (Jaccoud, *Clin. méd.*, 1867, p. 545), comme qui existent dans certaines fièvres typhoïdes, et que j'ai rencontrées aus la fièvre gastrique et dans le rhumatisme articulaire. D'autres compli signalées sont : une *céphalalgie* congestive parfois rebelle ; l'intume plus ou moins prononcée de la *rate* que j'ai déjà rappelée, et plus rarem *développement du foie*, qui peut rester habituellement congestionné, finit par s'hypertrophier et s'indurer, suivant Graves (*Clin. méd.*, t. I, 30e Comme conséquence de l'intoxication miasmatique elle-même et de la tition prolongée des accès, on rencontre quelquefois une *cachexie* sans leucocythémie (*Voy.* CACHEXIE SPLÉNIQUE). Huss (*Arch. de méd.*, t. X) aurait trouvé, comme caractère micrographique presque const cette cachexie paludéenne, la présence de *pigment noir* dans le s qui concorde avec les recherches d'autres observateurs (*Voy.* MÉLA En dehors de cette cachexie, il peut exister chez certains individus habité précédemment des localités où ils ont été atteints de fièvres in tentes, une prédisposition à contracter de temps à autre une série fébriles ou des accès isolés. Cette prédisposition tient à un reste d'in tion paludéenne, intoxication à laquelle Trousseau a donné le nom de thèse.

3° *Pronostic.* — Il est très-variable suivant la forme simple ou pern de la maladie, celle-ci paraissant être, comme les formes rémittente et p continue, un degré d'intoxication miasmatique plus avancé. On ne peut p par aucun signe l'issue fatale de la fièvre pernicieuse, lorsque la mort s

ières, sporadiques, avec le type quotidien ou tierce, et si elles sont sur-
chez des adultes bien portants d'ailleurs. Mais le plus ordinairement
ndent à s'aggraver dans les conditions suivantes : si le malade continue
er dans le foyer miasmatique; si elles sont automnales, épidémiques,
type quarte; et si elles atteignent des enfants, des vieillards, ou des
ffaiblis ou déjà atteints d'affections plus ou moins graves. L'état cachec-
st fâcheux, et peut se terminer par la mort, malgré la cessation des accès;
s'il s'amende, il ne disparaît que très-lentement, de même que l'intu-
ce de la rate, que l'administration du sulfate de quinine ne fait pas
atement diminuer, quoi qu'on en ait dit. On a vu les fièvres intermit-
suivant quelques médecins anciens, guérir certaines maladies graves,
l'épilepsie, la folie, ou même améliorer la constitution de sujets débiles;
sont là des faits exceptionnels.

·té question au mot ANTAGONISME de l'incompatibilité que l'on a cru re-
r entre les fièvres intermittentes et d'autres maladies.

ERROGATOIRE. — *Voy.* EXAMEN DES MALADES.

ERTRIGO. — *Voy.* ÉRYTHÈMES.

ESTINS GRÊLES. — Occupant chez l'homme sain les régions
ale et hypogastrique, les intestins grêles sont circonscrits par le cô-
dehors des deux côtés, et en haut; mais ils sont sujets à des dépla-
s qui reconnaissent les mêmes causes que ceux du gros intestin (*Voy.*

ffections pouvant occuper l'intestin grêle sont : l'*entérorrhagie*, l'*enté-*
uë ou chronique, la *diarrhée;* la *gangrène*, la *perforation* ou la *rup-*
e *rétrécissement*, l'*étranglement* interne, l'*invagination*, le *cancer*, la
sie *intestinale;* l'*entéralgie*, la *colique nerveuse*, la *colique végétale;*
éorisme ou les *flatuosités* intestinales, certaines *constipations*, des
ntestinaux (ascarides lombricoïdes ou ténias), et les accidents intesti-
ue l'on a rattachés à l'URÉMIE.

, 1839), de Grisolle (*Essai sur la colique de plomb*, Thèse, 1835) et de autres observateurs que je rappellerai.

Éléments du diagnostic. — Comme toute autre intoxication, celle-ci a manifestations générales ou locales si diverses, qu'on a pu dire qu'elle était un groupement de plusieurs maladies qu'une maladie unique (Vaulle-, *Thèse* de doctorat, 1865). Une de ses premières manifestations est une *particulière*, considérée comme prodromique par Grisolle, et comme primitive par Tanquerel des Planches : teinte jaune pâle caractéris- avec décoloration de tous les tissus, amaigrissement, flaccidité des chairs, (Beau) dont la fréquence n'est pas bien déterminée, faiblesse générale diminution des globules du sang.

Cette anémie se joignent souvent une *saveur sucrée* ou *styptique* dans la , une *haleine* d'une fétidité particulière analogue à celle observée dans gastrique; les *gencives* sont fermes, quelquefois saignantes, un peu sur leur bord libre, qui présente un *liseré bleuâtre*, de couleur ardoisée, issant quelquefois les dents et la muqueuse des lèvres et des joues, et dû combinaison du plomb avec l'hydrogène sulfuré qui se dégage dans les voies (Tanquerel).

autres phénomènes caractéristiques sont : la *colique*, les *douleurs*, les *lysies* et l'*encéphalopathie* saturnines, que je ne fais qu'énumérer, ces phé- devant être discutés dans ce qui va suivre, avec les autres données ostiques que je ne rappelle pas ici, les *causes*, par exemple, dont la con- ance importe tant au praticien.

Inductions diagnostiques. — Pour mettre quelque ordre dans l'étude exe du diagnostic de l'intoxication saturnine, nous allons voir comment les ents groupes de symptômes que je viens de rappeler peuvent faire arriver connaître l'intoxication. Mais avant tout, je dois insister sur l'importance ostique du liseré gingival comme signe commun à toutes les formes d'intoxi- plombique. Ce signe, constaté par hasard ou recherché par le médecin, upçonne l'intoxication, met immédiatement sur la voie du diagnostic. Son nce dans les cas de colique sèche des pays chauds n'a pas peu contribué à atrer l'intoxication saturnine comme origine habituelle de cette maladie (*Voy.* UES, p. 13). Cependant ce liseré, ainsi que l'a rappelé Vaullegeard, n'existe ujours dans les intoxications aiguës; et, d'un autre côté, « il existe dans nes affections autres que l'intoxication saturnine. Il est vrai qu'il est diffé- ainsi, dans la *stomatite mercurielle*, il est livide; il ne saurait non plus confondu avec le tartre ou le liseré des individus à circulation languissante thisique. Aug. Frédéricq signale, en effet, chez tous les tuberculeux, une de couleur rouge brique, existant toujours au moins au niveau des deux ves inférieures et médianes. Le liseré signalé par Thompson, décrit aussi le docteur Dutcher comme signe prodromique de la tuberculisation, a plus logie. Mais les autres signes ne permettront jamais de confondre le liseré hompson avec le liseré de Burton » (*Thèse citée*).

— L'*anémie saturnine* ne pourrait seule révéler l'intoxication saturnine, elle peut la faire soupçonner et suggérer l'idée de rechercher le liseré âtre des gencives qui n'est pas, quoi qu'on en ait dit, un signe pathognomo- e, mais qui a une valeur réelle lorsqu'il coïncide avec d'autres éléments de aladie. On peut aussi, dans le cas où l'on soupçonne l'intoxication, recon- e la présence d'une préparation plombique sur la peau en faisant adminis- un bain sulfureux au malade, dont le corps (surtout aux mains et au niveau angles) présentera, par suite, des taches brunes de sulfure de plomb. Il ne

faut pas confondre ces taches avec celles qui résulteraient d'applications topiq de sels de plomb faites avant le bain au niveau de certaines régions, dans un b de traitement.

b. — *Colique saturnine.* — Cette manifestation de l'intoxication saturni précédée ou non des phénomènes anémiques, se reconnaît principalemen une *douleur* spontanée plus ou moins vive à l'ombilic, moins fréquente à l'é gastre ou à l'hypogastre, s'irradiant dans certains cas vers les lombes ou parties génitales, tantôt obtuse, contusive, le plus souvent aiguë, dilacéra continue avec des exacerbations qui provoquent une *anxiété* extrême, des lamentables, une *agitation* et des *postures bizarres*, le malade se couc surtout à plat ventre. Cette douleur a pour caractère remarquale de se cal ordinairement par une pression graduelle faite largement, tandis qu'elle dev intolérable, selon Briquet, si l'on n'appuie perpendiculairement qu'un doigt sur les parois abdominales et sans trop presser, mais de manière à gr en quelque sorte le muscle qui est sous-cutané, et à respecter les parties profondément situées (*Arch. de méd.*, 1858, t. XI).

Ces caractères de la douleur abdominale sont très-importants pour le gnostic, surtout s'il s'y joint la *rétraction* des parois antérieures du ventre, *nausées*, des *vomissements* aqueux ou bilieux, des *éructations*, du *hoquet*, *constipation* très-opiniâtre, qui forme un des caractères principaux de c espèce de colique, et plus rarement de la céphalalgie, des tiraillements dou reux vers les cordons testiculaires, des crampes, des douleurs lancinantes les membres, les lombes, le thorax; parfois enfin la miction est douloureu accompagnée de ténesme.

L'exploration conseillée par Briquet démontre que la douleur de la coli saturnine siége quelquefois au niveau des muscles abdominaux; mais elle n'est convaincante pour faire exclure le siége de la douleur dans les organes profo (tube digestif), dont l'atteinte est révélée par les nausées, les vomissements, par la constipation, qui préexiste si souvent à la douleur.

c. — *Douleurs saturnines.* — Ces douleurs, dénommées improprement THRALGIES, attendu que ce mot semble exprimer que leur siége exclusif est articulations, peuvent se montrer d'emblée.

Suivant Tanquerel et Grisolle, elles occupent les articulations ou la contin des membres, plus rarement les lombes, les parois thoraciques, la tête. Pré dées pendant quelque temps de lassitude, d'engourdissement dans les par qui vont être envahies, ces douleurs sont plus ou moins vives, contusives, l cinantes, térébrantes, dilacérantes; elles sont continues, mais avec des exa bations irrégulières, souvent nocturnes et privant les malades de somm ces exacerbations sont parfois assez violentes pour jeter le malade dans grande agitation. Ces douleurs s'exaspèrent par la chaleur du lit, tandis le froid et la pression les calment quelquefois, mais non toujours. Il n'y a même temps ni fièvre, ni chaleur, ni changement de couleur à la peau. Il commun de voir certains muscles, ceux du mollet principalement, être même temps le siége de crampes très-pénibles. Leur durée est tantôt se ment de plusieurs jours, et tantôt de plusieurs semaines, ou même de plusie mois.

Par voie d'exclusion on pourrait arriver à soupçonner la véritable origine douleurs saturnines, mais non formuler un diagnostic précis d'après leurs s caractères, On peut, en effet, les confondre avec les douleurs de la névral du rhumatisme chronique et de la syphilis constitutionnelle. Il faut suppo dans les cas de *rhumatisme* ou de *syphilis*, qu'il s'agit de faits dont le diagn

est obscur, car lorsque le rhumatisme chronique et la syphilis constitution-nelle sont franchement accusés, il ne peut y avoir d'erreur.

La confusion avec la *névralgie* est d'autant plus facile, que l'on s'est demandé si les douleurs saturnines étaient autre chose qu'une névralgie, et que l'on n'a pu trancher la question, tant il y a d'analogie dans les caractères des deux douleurs et souvent dans leur siége. Cependant on a assigné comme caractère différentiel le siége exclusif de la douleur sur le trajet du nerf pour la névralgie, ce qui est peut-être trop absolu, et le siége indifférent de la douleur saturnine dans la continuité des membres, dans les mucles, et même dans les os. — Les douleurs du *rhumatisme chronique* n'ont par elles-mêmes aucun caractère qui les fasse différer des douleurs saturnines, mais l'erreur ne peut ici se prolonger indéfiniment, les premières finissant par entraîner la déformation des articulations, et les secondes par être suivies d'autres manifestations de l'intoxication plombique. — Les douleurs saturnines par leur siége sur les os et leurs exacerbations nocturnes ont une certaine analogie avec les *douleurs syphilitiques;* mais celles-ci ne se montrent guère sans d'autres signes d'infection vénérienne, notamment des exostoses, et l'étude des commémoratifs fait arriver, dans le premier cas, à la découverte de l'influence du plomb.

4. — *Paralysies saturnines.* — Bien décrites par Tanquerel, ces paralysies peuvent porter sur les muscles des membres, sur ceux du tronc, sur les organes des sens, sur la sensibilité cutanée.

La paralysie des membres supérieurs (rarement d'un seul) est de beaucoup la plus fréquente. Lorsque le malade avance horizontalement ses avant-bras, la flexion verticale de ses mains et l'impossibilité où il est de les redresser ont quelque chose de caractéristique, qui est dû à la paralysie des muscles extenseurs du poignet et des doigts. Ces muscles sont le plus souvent les seuls affectés, et l'électricité démontre alors que la contractilité musculaire est abolie, d'abord dans l'extenseur commun des doigts, puis dans l'extenseur propre de l'index et du petit doigt, et enfin dans le long extenseur du pouce (Duchenne, de Boulogne). Les malades ne peuvent plus saisir aucun objet, tout en conservant les mouvements de l'épaule et du bras. Mais la paralysie peut porter aussi sur les muscles isolés de ces parties ou sur le membre entier; et ce qu'il y a de remarquable alors, c'est que certains muscles sont plus particulièrement affectés, et que ce sont précisément ceux qui peuvent être affectés isolément qui ont perdu la faculté de se contracter par la faradisation, le deltoïde, le triceps brachial, par exemple. Les muscles qui perdent leur irritabilité galvanique sont sans doute les plus atteints par l'intoxication, car on les voit s'atrophier de préférence aux autres, mais non pas exclusivement.

Lorsque la paralysie atteint les membres inférieurs, on constate que les malades peuvent se tenir debout, mais qu'ils tremblent sur leurs membres, dont les mouvements sont incertains; les jambes et les cuisses sont fléchies à cause de la paralysie des muscles extenseurs à la partie antérieure du membre.

Parmi les muscles du tronc qui peuvent aussi être affectés, mais plus rarement, on trouve les intercostaux, le diaphragme (Duchenne); il en résulte des accidents graves (*Voy.* PARALYSIE des muscles respirateurs). A la tête, les lèvres peuvent être tremblantes, la *langue* comme embarrassée dans ses mouvements, parfois elle bégaye; les muscles du larynx peuvent aussi être atteints, ce qui produit l'*aphonie*.

Parmi les paralysies des sens, l'*amaurose* est certainement la plus remarquable : rapide dans son invasion et dans sa marche, elle ne dure en moyenne que quelques jours, très-rarement pendant un mois. La *surdité* saturnine est

un fait exceptionnel. Mais la sensibilité de la peau subit assez fréquemm toujours, suivant Beau, une modification remarquable, qui est l'*anesthésie* saturnine, bien étudiée par Tanquerel et consistant, soit dans l'abolition tact, soit dans celui de la douleur (*analgésie* de Beau).

Le diagnostic des paralysies saturnines est rendu facile, soit par leurs ca tères propres, et principalement celui d'affecter le plus souvent les mu extenseurs de la main et des doigts, soit par la coïncidence d'autres manif tions de l'intoxication saturnine, le liseré gingival, la colique, les doul saturnines, soit enfin par le défaut absolu de contractilité électrique. Mais paralysie se montre indépendamment de tout autre accident saturnin, q cause en soit d'abord ignorée, et que cette paralysie affecte isolément organes restreints, comme le larynx, la rétine, les nerfs acoustiques, le phragme, les phénomènes principaux qui en résultent (*aphonie, cécité, dité*, troubles particuliers de la *respiration*) peuvent être interprétés de rentes manières. Il en est de même pour l'*atrophie musculaire* consécu la paralysie, et qui peut être confondue avec l'atrophie progressive prim Dans ces différentes circonstances, on ne peut manquer d'être dans l'erre dans le doute jusqu'à ce que l'intoxication ait été reconnue.

e. — Encéphalopathie saturnine. — Les accidents cérébraux dus à toxication saturnine, désignés sous le nom d'encéphalopathies par Tanquer étudiés avec soin par Grisolle, se manifestent sous trois formes différent forme *délirante*, la forme *convulsive* ou *épileptique*, la forme *comateu*

Ces manifestations cérébrales peuvent se combiner entre elles, de man coexister ensemble ou à se succéder les unes aux autres. La rapidité d évolution empêche de les confondre avec d'autres maladies cérébrales c ques. Mais il n'en est pas de même des affections cérébrales aiguës. Il r de leur étude approfondie, de l'aveu même de Grisolle, que tous ces acc cérébraux n'ont, par eux-mêmes, rien de spécial qui puisse les faire disti du *delirium tremens*, de la *manie*, de l'*épilepsie*, de la *méningite* a aigu. Cependant il faut distinguer les cas dans lesquels il y a accélérati pouls de ceux où cette accélération manque. Lorsqu'il y a fièvre, c'est sur la *méningite aiguë* qu'on pourrait penser, en présence d'accidents céré saturnins. Or, la thermométrie vient facilement trancher la question en p circonstance, comme l'a fait remarquer Jaccoud (*Clin. méd.*, 1867, p. L'élévation de la température se maintient toujours à + 40° dans la méni tandis qu'elle reste très-inférieure dans l'encéphalopathie saturnine fébrile n'était que de + 37°,5 dans l'aisselle du malade de Jaccoud qui motiva recherche. — Le mot encéphalopathie semble mal choisi à notre collègu qualifier les désordres nerveux qui se manifestent dans l'intoxication plomb, puisque chez son malade il y avait des désordres qui se rattachaient demment à la moelle épinière. On pourrait donc à la rigueur confond manifestations de ce genre avec celles d'une maladie de la moelle ; mais combien sont rares les affections aiguës de la moelle épinière, et, d'un autre il n'est pas prouvé que les troubles qui sont sous la dépendance du cordon veux rachidien puissent exister seuls et indépendamment des troubles braux dont il est ci-dessus question.

La similitude de la forme convulsive de ces accidents saturnins avec l'ép sie ordinaire commençante, est surtout parfaite, quoi qu'en ait dit Tanq De part et d'autre, il y a des vertiges ou de grands accès, des accès de consécutifs, la terminaison des accès par un sommeil comateux, la mort asphyxie quand les accès sont très-rapprochés et comme subintrants.

› délire uni aux convulsions, aux crampes, et précédé de céphalalgie, a parfaitement faire croire à une *méningite aiguë*, car il n'y a que l'ab›de la fièvre qui puisse faire abandonner l'idée de cette dernière affection. les manifestations que je viens de rappeler n'ont pas isolément, pour la rt, une valeur suffisante pour faire diagnostiquer l'intoxication saturnine, en acquièrent une considérable par leurs combinaisons, et surtout par la tation de l'origine de la maladie, qui est la question dominante en pacirconstance.

coïncidence, comme antécédents ou comme accidents actuels, de plusieurs s de manifestations de l'intoxication qui m'occupe, élucide immédiatement gnostic. Qu'il y ait eu, avant les coliques, le dépérissement anémique et ruleurs dans différentes parties du corps, que ces divers accidents aient lé la paralysie ou l'une des formes de l'encéphalopathie, et que celle-ci ait sai comme avant-coureur une amaurose accidentelle (Grisolle) : il est que ces rapprochements permettront immédiatement de reconnaître une ation saturnine. Il n'y a pas de réserve à faire pour la *colique sèche des chauds*, dont toute la symptomatologie et la marche sont identiques, ne les deux maladies diffèrent (*Voy.* p. 213).

ments étiologiques du diagnostic. — Cette question domine, comme dit précédemment, le diagnostic de l'intoxication saturnine, et, seule, peut nner la certitude.

connaissance de la *profession* du malade suffit souvent pour susciter de l'intoxication plombique, dès les premières questions qu'on lui adresse. e qui arrive pour les ouvriers des fabriques de céruse et de minium, les es en bâtiments, de voitures, broyeurs de couleurs, doreurs sur bois, verrs de métaux, les fabricants de papiers peints ou de cartes d'Allemagne, nturonniers, potiers, faïenciers, verriers, les ouvriers des mines d'où l'on le plomb, les affineurs, plombiers, les fondeurs de cuivre, de bronze, ou actères d'imprimerie, les imprimeurs, fabricants de plomb de chasse, res, tailleurs de cristaux, ouvriers des manufactures de glaces, et des fas de chromate, de nitrate et d'acétate de plomb. Il serait difficile de er toutes les sources d'intoxication plombique qui dépendent des profesen dehors de celles qui viennent d'être énumérées. Les soies, par exemnt habituellement trempées par les fabricants dans un bain d'acétate de dans le but d'augmenter leur poids. Or, on a vu les ouvrières d'un ateteintes d'intoxications saturnines graves, par suite de l'habitude de mor-l'un des bouts des fils de soie pour l'enfiler dans l'aiguille, et d'en mâcher bris (*Monit. d'hyg. et de salubrité*, 1866). Des enfants, en portant à ouche les préparations de plomb servant à la fabrication des jouets, des rs occupés à renfermer le chocolat dans des feuilles de plomb, des jeunes lanchissant de la dentelle à la céruse, sont atteints d'intoxication satur-Selon la juste remarque d'Archambault, l'usage du *vin* ou de tout autre le *acide* favorise cette intoxication, en donnant naissance, dans l'estomac, el de plomb soluble (*Soc. des hôpit.*, 1861).

a des cas dans lesquels la profession ne saurait fournir aucun prétexte à position d'une intoxication saturnine; mais si le soupçon existe, il faut rcher avec le plus grand soin si le malade n'a pas absorbé, sans s'en r, des préparations de plomb. Dans ce but, les investigations doivent sur l'entourage de l'individu, sur les objets qui sont à son usage parti-, notamment sur les vases étamés dont l'étain, de titre inférieur, peut sir une énorme proportion de plomb (*Voy.* COLIQUE dite sèche, p. 213),

mentation. C'est ainsi que Lasègue a trouvé l'explication d'accidents chez un enfant, dans l'habitude qu'avait le jeune malade de sucer de plomb que contenait l'encrier dont il faisait usage. On a aussi attribu cation à la présence de grains de plomb dans les tissus par suite d par armes à feu. Enfin le docteur Marmisse (1866) a trouvé une nouv d'émanations plombiques dans la combustion de boiseries peintes à la dont le plomb a été retrouvé par l'analyse dans la suie de la chem individu brûlant de ce bois peint.

On peut quelquefois obtenir des renseignements utiles de la sant maux qui vivent dans la maison, et chez lesquels on peut observer sions, des paralysies, coïncidence qui n'est pas sans valeur. Enfin les p plombiques, malheureusement conseillées comme médication à l'inté certaines maladies (anévrysmes, phthisie pulmonaire), ont déterminé d tions signalées par Orfila, par Flandin, par Tanquerel, etc. Aussi est-o voir qu'on ait encore recours à l'usage thérapeutique d'un toxique aussi

Il est impossible de déterminer si les différents degrés de l'intoxica nine correspondent à des manifestations spéciales ; on considère l'ar thralgie et la colique saturnines, comme les expressions d'une intoxic profonde que la paralysie et les troubles cérébraux. Cependant j cemment une arthralgie rebelle succéder à une encéphalopathie d'ab tiforme, puis délirante. — Chacune de ces manifestations, lorsqu'elle primitivement, détermine une *forme* particulière de la maladie.

On a considéré les accidents paralytiques ou cérébraux comme d *cations* de la colique de plomb. Mais il est évident que ce sont seu manifestations différentes d'une même cause, et qu'elles doivent être même rang séméiologique. Une complication réelle est la fâcheus que l'intoxication plombique exerce sur la *grossesse*, et qui a été s Constantin Paul (*Voy.* p. 471). Quant à l'*albuminurie*, qui a été att A. Ollivier à une altération des reins résultant du passage dans ces

ions diagnostiques. — Parmi ces manifestations de l'intoxication il en est deux, l'*hydrargirie* et la *stomatite*, qui s'observent prin-ans le cours ou à la suite d'un traitement interne ou externe par ons mercurielles. La simple connaissance de cette circonstance fait lement à leur véritable cause les accidents que je viens de rappeler, té question (*Voy*. HYDRARGIRIE et STOMATITE mercurielle).
ıaît le *tremblement mercuriel* à des petites secousses successives es des membres, principalement des membres supérieurs, dont les perdent leur précision ; elles se rencontrent chez des individus ıt pâles, languissants, à chairs molles, et s'accompagnent quel-barras de la parole et de mouvements grimaçants de la face.
ı tremblement est intense, la langue avancée sur la lèvre inférieure, hors de la bouche, est agitée aussi de mouvements irréguliers ; les peuvent porter aucun liquide à leur bouche sans le renverser, ni ment solide, qu'ils ne peuvent diriger juste (Mérat). La mastication ɔis impossible, et, dans des cas rares, il y a de l'*insomnie*, de l'a-délire, de l'affaiblissement de l'intelligence, l'obtusion de plusieurs e des pertes de connaissance momentanées.
surtout dans la *cachexie mercurielle* que l'intelligence peut être remarque de l'hébétude, la bouffissure, la pâleur, la langueur géné-ité extrême de l'haleine, le gonflement fongueux des gencives qui ıe temps molles, saignantes, ulcérées, l'ébranlement et la chute des ; ou saines, les palpitations, l'anhélation, les syncopes, la fréquence e du pouls, l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs, les s sous-épidermiques ou autres, la perte de l'appétit, la diarrhée, élire plus ou moins violent avec hallucinations, plus rarement des sifs. Cet ensemble de phénomènes est caractéristique. A part les s et les convulsions, j'ai observé tous les autres chez une jeune ans, qui présenta de plus une foule de *points gangréneux* partout t des saillies osseuses soumises à la pression. Cette malheureuse succomba aux progrès rapides de la cachexie, avait été d'abord simple érysipèle de la face, avec le délire fébrile qu'il est si ordi-ver dans le jeune âge au début de beaucoup de maladies aiguës, nes, et ce délire avait fait croire à une méningite contre laquelle ecours à des frictions mercurielles répétées sur la face. Il n'y eut ; cas, de tremblement mercuriel, comme dans ceux où la cachexie idement par suite d'un traitement mercuriel exagéré. Quand l'in-st lentement continuée, on voit au contraire coïncider les deux ons : tremblement et cachexie.

La connaissance d'un *traitement* mercuriel antérieur, comme c
profession du malade font naître immédiatement l'idée de l'intoxica
curielle. Toutes les conditions professionnelles dans lesquelles on es
l'absorption du mercure vaporisé, comme cela a lieu pour les ouvriers
factures de glaces, les chapeliers, les mineurs qui recueillent le méta
rarement aujourd'hui depuis l'usage de la dorure galvanique, pour le
sur métaux, peuvent produire le tremblement, et, si l'influence toxique
la cachexie mercurielle. L'ingestion ou les frictions répétées des pr
hydrargiriques produisent au contraire plus rarement le trembleme
autres manifestations, c'est-à-dire que l'hydrargirie, la stomatite et l
mercurielles. Cependant Colson, de Noyon, a cité un cas de trembl
l'usage de la liqueur de Van Swieten.

Peut-on confondre le tremblement mercuriel avec la *chorée?* La
semble difficile si l'on songe que les mouvements brusques, saccadés,
de la chorée, ne ressemblent en rien aux secousses limitées, monotone
que sorte dans leur succession, qui caractérisent le tremblement mer
chorée n'affecte guère d'ailleurs que les enfants. — Le *tremblemen
thique* a plus d'analogie avec celui qui dépend du mercure, mais il
peu d'attention pour ne pas confondre les deux affections; car des cir
et des conditions spéciales, influence du mercure, manifestations de l'i
autres que le tremblement, se rencontrent dans les cas de tremblement
et font absolument défaut dans ceux où il est idiopathique. L'héré
cette dernière circonstance, est une cause habituelle qu'il ne faut pas
négliger, car elle est caractéristique.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés assez sérieuses dans le
toxication mercurielle pour que l'on soit obligé d'avoir recours à la
du métal dans les excrétions du malade. Je dois rappeler que Biett,
leçons, disait avoir recueilli du mercure métallique à la surface de
principalement dans l'aisselle de sujets atteints de tremblement me
traités par des bains de vapeur.

3° *Pronostic.* — Il n'est grave que dans les cas de cachexie, et surto
la cause continue à agir.

III. **Ergotisme.**

On a décrit sous ce nom une intoxication due à l'ergot de seigle co
le pain de certaines contrées à la suite d'une année pluvieuse, et qui
nairement d'une manière épidémique à partir de l'automne, c'est-
l'époque où l'on commence à faire usage des grains nouvellement réco
faire l'historique de cette maladie, je rappellerai qu'elle a été l'objet
breuses relations depuis le XVI[e] siècle. Le docteur Heusinger, do
vail a été reproduit par Lasègue dans les *Archives de médecine* (18
a donné de l'épidémie de 1855 et 1856 de la Haute-Hesse, une relatio
jusqu'à un certain point servir de type pour la description sympto
l'ergotisme convulsif, à la condition d'être complétée. En effet, l'ergoti
été observé sous forme épidémique par la plupart des observateurs,
criptions présentent toujours des différences particulières.

1° *Éléments du diagnostic.* — En général, la maladie débute par
d'*ivresse*, de la céphalalgie, des vertiges, des troubles des sens, de l
de la tristesse. Plus ou moins rapidement ensuite, surviennent des *fo
ments* aux extrémités (d'où ils envahissent à peu près tout le corps
accès de contractures ou de *spasmes* arrachant des cris aux malades, et
principalement les fléchisseurs des membres, les muscles thoraciques

Une anesthésie complète ou des douleurs atroces dans le membre ou s atteints, accompagnent la gangrène.

ions diagnostiques. — Le diagnostic peut avoir différents points de ; les symptômes, car chaque symptôme prédominant au moment de t malade peut donner lieu à une foule d'erreurs particulières : les ents, les contractures ou les convulsions cloniques, consécutivement et l'abolition des sens, le délire, etc., peuvent isolément fixer d'a- ion, et faire complétement dévier de la voie du vrai diagnostic, si e pas à la cause.

ıées *étiologiques* sont, en effet, très-importantes. Une maladie sévissant sur la partie la plus nécessiteuse d'une population, se rs la fin des années pluvieuses, et caractérisée pas des accidents ves auxquels se joint quelquefois une gangrène sèche des membres ns étendue, ne peut guère laisser de doute sur sa nature. Une fois , la cause en est bientôt établie, et le diagnostic de l'ergotisme con-

s de la connaissance ou du soupçon des antécédents, tout au con- bscurité dans le diagnostic, et l'erreur est presque inévitable. C'est lorsque, par exemple, on a à examiner hors de son pays un individu n ignore les antécédents, ou qui se trouve dans un état d'obtusion de l'intelligence qui pourrait faire croire à une *idiotie,* comme élirante pourrait être rattachée à la *manie*, les convulsions à l'*épi-* *angrène* à une tout autre cause que l'ergotisme. Il ne serait pas non plus, au début d'une épidémie dont les accidents convulsifs e certaine violence, que l'on pensât avoir affaire d'abord à une épi- éningite cérébro-spinale épidémique, surtout si les individus atteints it agglomérés dans un établissement, condition habituelle dans épidémies de méningite cérébro-spinale ont été observées.

tionnée à la quantité de l'ergot absorbé et à la continuité prolongée ingestion dans les cas où la maladie est méconnue. On comprend dès lo l'importance du diagnostic, et la nécessité de ne pas se borner à un ex à un interrogatoire superficiels.

La mort peut être le résultat de la violence des attaques convulsiv l'asphyxie, ou survenir inopinément : ce sont des particularités qu'il pas perdre de vue. Quant à la guérison, elle est souvent spontanée dès cause cesse d'agir, et cette circonstance, de même que la cessation d démie dès que les populations ne sont plus exposées à la cause de l'i tion, vient mettre hors de doute l'existence de l'ergotisme.

IV. Intoxication par le sulfure de carbone.

Cette intoxication est due à la pénétration dans l'organisme, par le respiratoires, des vapeurs du sulfure de carbone, qui est employé da dustrie à dissoudre le caoutchouc, et qui est extrêmement volatil, p bout à + 45°. Duchenne (de Boulogne) a signalé la paralysie due à la vul tion du caoutchouc, et Bouchardat la maladie des ouvriers qui travaille substance; mais c'est à Delpech, qui a lu en 1856, à l'Académie de mé le résultat de recherches plus approfondies, que l'on doit les connaissan plus complètes que l'on possède sur cette intoxication. C'est donc à s moire que j'emprunterai les matériaux de cet article, en exposant à accidents aigus passagers, et les accidents chroniques de l'intoxication (De *Annales d'hygiène et de méd. légale*).

1° *Éléments du diagnostic.* — Tantôt les accidents, produits plus ou rapidement, sont passagers et constituent une sorte d'ivresse analogue à l' alcoolique : vertiges, vague dans les idées, trouble de la vue, titubatio faiblesse, céphalalgie, nausées, sueurs froides et même délire; et tan troubles, plus durables, sont ceux d'une véritable intoxication. Il y a al la *céphalalgie*, des *vertiges*, perte de la *mémoire*, *paresse intelle irritabilité* de caractère, de l'*insomnie* ou un sommeil interrompu, de *leurs* dans les membres, des *fourmillements*, de l'*anesthésie* aux bras mains (Bouchardat), de l'*analgésie*, et quelquefois au contraire de l'*hy thésie;* la *vue* s'affaiblit, ainsi que l'*ouïe* quelquefois; et l'*odorat* co *goût* sont impressionnés par l'odeur du sulfure quand les malades mang fument. — La *myotilité*, dans le principe, est quelquefois excitée (*cra* contractions locales involontaires, *contracture* des extenseurs des d mais le plus souvent, soit plus tard, soit d'emblée, elle est affaiblie au des membres, surtout aux membres inférieurs; il y survient des *contra fibrillaires*, et fréquemment une *atrophie* musculaire générale ou par — La *contractilité électrique* des muscles est conservée. — Les *fon génératrices* sont toujours influencées de la manière la plus fâcheuse (De le plus souvent amoindries ou annihilées chez la femme comme chez l'h elles sont très-rarement surexcitées.

Du côté des organes digestifs, il y a ordinairement dès le début : *ano dégoût* prononcé des aliments, nausées, *vomissements* verdâtres ou bi parfois alimentaires, et accompagnés en général de malaise extrême sueurs froides; coliques sans diarrhée ni constipation, sauf d'une manière dentelle; *matières fécales* et *gaz intestinaux* exhalant l'odeur très-pro du sulfure de carbone, de même que l'*haleine* et l'*urine* des malades. respiration est ordinairement courte; plus rarement il y a des palpitatio des accès de fièvre irréguliers, surtout la nuit.

Lorsqu'il s'est produit une cachexie plus ou moins profonde, la peau est p

u terreuse, et il existe une *anémie* manifeste, à laquelle se joint la per-nplète ou partielle des accidents de l'intoxication dont elle est la suite.
ctions diagnostiques. — Parmi ces nombreux éléments du dia-g a une donnée qui par elle-même fait immédiatement soupçonner es accidents observés : c'est l'odeur caractéristique du sulfure de ıalée par les malades.
ıissance de la profession dans laquelle on emploie le caoutchouc nt corroborer cette première impression, et l'étude attentive des actuels que j'ai rappelés ne permet plus de douter que l'on ait e intoxication par le sulfure de carbone. J. Bergeron et P. Lévi ont signe particulier d'anesthésie due à cette intoxication : c'est l'*insen-la cornée*, chez un malade de Lariboisière, qui n'éprouvait aucun la vue. Il résulte de leurs expériences que cette insensibilité apparaît imaux avant l'anesthésie cutanée (*Soc. de biol.*, 1864).
cédents confirment le diagnostic de cette intoxication, si les acci-ınt montrés brusquement (ivresse) ou graduellement (intoxication), avail plus ou moins prolongé dans les vapeurs de cette substance.
ue l'on a étudié cette affection, il n'est plus guère possible de con-symptômes dominants avec les symptômes analogues qui se ren-ıns d'autres maladies, comme dans l'*intoxication mercurielle*, la *générale* commençante, l'*atrophie musculaire* progressive. L'*in-alcoolique* a cependant de grandes analogies avec celle qui m'oc-it d'autant plus possible d'en confondre les manifestations que les r le sulfure de carbone s'adonnent habituellement aux excès alcoo-que les accidents épileptiformes et les hallucinations, donnés par ımme caractères distinctifs de l'alcoolisme, peuvent faire défaut. l'ivresse par le sulfure cesse par l'exposition de l'individu au grand n'a pas lieu pour l'ivresse alcoolique.
ostic. — L'intoxication par le sulfure de carbone se termine ordinai-la guérison lorsque les malades cessent de s'exposer aux inhalations ıbstance. Cette guérison est plus ou moins lente, suivant le degré de ın, sa durée, et suivant le retour plus ou moins répété des accidents. encore vu la mort survenir. Mais les troubles intellectuels, les para-puissance, l'atrophie musculaire, qui n'a pourtant pas ici la gravité ie primitive, et enfin la cachexie, lorsqu'elle survient, ne laissent pas très-fâcheux.

xication par l'opium.

produit également une ivresse et une intoxication particulière, qui n décrites dans la thèse de Réveil (1856).
e des fumeurs d'opium peut se reconnaître aux phénomènes suivants.

sans visions ni hallucinations, comme chez le mangeur d'opium. Il p venir des nausées et des *vomissements*, si l'on fume peu de tem le repas.

Ce que l'on peut appeler l'*intoxication* par l'opium s'observe princi chez le mangeur d'opium. Son corps est maigre et incurvé, sa face jaune; sa constitution est chétive et débilitée, sa démarche chancelante; sont appesantis, ses organes digestifs troublés (appétit nul, constipa niâtre); ses facultés mentales sont abolies. Il y a de la somnolence ave et hallucinations. Enfin il existe une impuissance complète.

INTUSSUSCEPTION, INVAGINATION. — *Voy.* OCCLUSIO TINALES.

IODISME. — Il y a un iodisme *aigu* et un iodisme *chronique* pendent de l'action rapide ou lente de l'iode qui a pénétré dans l'or Les effets toxiques des préparations iodées ne sont pas toujours prop à leur dose plus ou moins élevée, car une très-petite dose pourrait suivant Rilliet, un effet violent chez certains individus.

I. — Quoi qu'il en soit, que la préparation iodée ait été ingérée, q été injectée dans une cavité accidentelle par une plaie fistuleuse, ou cavité séreuse à la suite d'une ponction, ou simplement appliquée sur toutes conditions qui ont été constatées par des observateurs, il peut en des accidents rapides dus à l'absorption de l'iode, et qui constituent l *aigu*, l'*ivresse iodique*. Les phénomènes qui caractérisent cette for passagère sont les suivants : *coryza* plus ou moins intense avec éten écoulement séreux nasal abondant, sentiment de tension douloureuse sinus frontaux, déglutition douloureuse et difficile, salivation abondar de l'appétit, parfois nausées et même vomissements, le tout d'une variable, avec ou sans fièvre, persistant pendant quelques heures seul pendant plusieurs jours.

Cet iodisme aigu pourrait être pris pour un *coryza* intense, ou pou dromes de la *rougeole*, surtout lorsqu'il se fait en même temps une *cutanée* érythémateuse due également à l'iode. Cette éruption serait de roséole ou plutôt une éruption papuleuse, se développant principal front, au nez, sur les joues, et rarement ailleurs. Mais je dois ajouter q tence de cette éruption, en tant que manifestation de l'iodisme, a été certains observateurs.

Cet iodisme aigu se dissipe assez rapidement de lui-même; il n'a de gravité. Cependant on a vu la mort survenir trente heures après badigeonnage de teinture d'iode fait, chez une jeune fille de dix-sept a veau de quelques ganglions tuméfiés de la région parotidienne. L'urine, après la mort, contenait des traces d'iode (Gillespie, *Med. Times*, 18 doute les faits de ce genre sont exceptionnels; mais il n'en faut p tenir compte, malgré l'innocuité journalière de larges badigeonnages d d'iode.

II. — Indépendamment de ces accidents rapides et passagers d'iodism des organes digestifs, des organes sécréteurs, de la peau ou du syst veux (Cullerier), il existe aussi, suivant Rilliet, un *iodisme chro constitutionnel* signalé par Coindet, qui serait dû à Genève à l'emplo petites doses de préparations d'iode. Une longue et savante discussion e 1860 à l'Académie de médecine à l'occasion du rapport de Trousseau su moire de Rilliet (*Bullet. de l'Acad.*, t. XXV). Il en résulta les opinions contradictoires sur ce point capital important, que les accidents, pour

êcessitent une idiosyncrasie particulière qui seule peut expliquer
é avec les doses très-minimes de préparations iodées ingérées, de
›n a vu de simples eaux minérales arsenicales produire aussi des effets

'il en soit, cet état pathologique d'iodisme constitutionnel est du moins
Il est caractérisé par l'*amaigrissement*, la *boulimie*, les *palpita-*
ı *état nerveux* spécial, dont les effets se manifestent autant sur le
sur le physique. L'iodisme a une *marche* chronique et une *durée*
six mois en général. Il se manifeste, quels que soient les doses
ı composé, ou son mode d'introduction dans l'économie, mais seule-
des individus prédisposés, le plus souvent vers la fin de l'âge adulte
première vieillesse (35 à 60 ans), de préférence chez les individus
sition est aisée, et l'habitation dans un pays où l'eau et les aliments
ıt peu ou pas d'iode, et où le goître est endémique. Enfin l'existence
est un des critères de la prédisposition, surtout s'il disparaît trop
t (Rilliet, *Mém. présenté à l'Acad. de méd.*, 1860).
ıe constitutionnel pourrait être confondu, suivant le même observa-
la variété de *chlorose* qui simule la phthisie, avec la *scrofule* et le
;ec le *diabète* latent et les *maladies du cœur* commençantes, ou
·e avec l'*hypochondrie*. Les données les plus importantes du dia-
ıt le dépérissement, et la constatation de la cause (iode introduit dans
), que la recherche des antécédents fera facilement découvrir si l'on
ɔdisme.
pathologique se termine ordinairement par le retour à la santé; mais
forme légère et une forme de moyenne intensité, il en a aussi une
·ès-grave, qui serait plus rare aujourd'hui qu'autrefois, et qui occa-
quelquefois la mort, selon Rilliet.
;. — *Voy.* SYPHILIS.
RIE. — *Voy.* MICTION.
ıSES. — Les troubles de l'intelligence, de la myotilité et de la sen-
ı caractérisent l'ivresse alcoolique, se rencontrent, plus ou moins
ent modifiés, comme constituant un certain nombre d'ivresses parti-
ıi se distinguent de l'ivresse alcoolique par leur cause. La pénétra-
l'économie de substances exerçant une influence notable sur les
erveux constitue cette origine. Ce qu'il y a ici de remarquable, c'est
esses qui résultent de cette pénétration constituent des phénomènes
sont le premier degré d'un certain nombre d'intoxications. Telles
: l'ivresse de l'alcoolisme, celles qui précèdent l'*ergotisme*, l'intoxi-
le *sulfure de carbone*, l'intoxication par l'*opium* (*Voy.* INTOXICA-
ı a aussi décrit une ivresse due à l'ingestion des préparations de
resse quinique), dont on a rapproche l'ivresse dite *apiolique*, qui se-
ıte par le persil. Il me suffit de les rappeler.
; condition sur laquelle je dois insister, c'est qu'il n'y a pas seule-
ivresses et des intoxications, d'abord des lésions et des accidents
puis des lésions et des accidents permanents, comme effets toxiques
ıces qui les produisent. Ces effets offrent une foule de degrés inter-
l'expressions quelquefois difficiles à classer. Cela est surtout vrai pour
e, comme l'a montré Lasègue dans un travail récent sur l'alcoolisme
.*rch. de méd.*, 1869). Il fait remarquer avec raison que toute théorie
ıe l'alcoolisme comme une unité est forcément entachée d'erreur.
degrés moyens, en dehors de la simple ivresse et de l'intoxica-

tion troublée, ce sont les divers moyens qu'il considère comme se ratt
à l'albuminurie aiguë.

JAUNE (Fièvre). — Voy. Fièvre jaune.

JUGULAIRES (Veines). — Voy. Veineux (Appareil).

KÉLOÏDE. — Cette affection est rare et mal connue. On la rencon poitrine, au cou, aux bras. Pour Alibert, elle consiste en de petites t aplaties, souvent irrégulières, avec légère dépression centrale, dans d'un rouge foncé ou d'un rouge pâle, et dont l'épiderme, aminci ou rid à la lésion l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré. Pour A la vraie kéloïde aurait pour caractère une tache d'un blanc opaque ment, autour de laquelle se ferait une congestion veineuse dans le v çà et là cette tache présenterait une légère teinte jaunâtre ou brunât rendrait comme pommelée. Lorsque la lésion ne disparaît pas spontané surviendrait des élancements, avec douleur, raideur et dureté de l affectée (*Méd.-chir. Transactions*, 1855).

KYESTÉINE. — C'est une matière azotée résultant de la putréf la caséine qui représente la matière azotée qui existe dans l'urine e quantité. La kyestéine forme une couche, dite *gélatino-albumineuse*, rassemble vers la partie supérieure du liquide urinaire dès le deuxiè troisième jour après son émission. Outre cette matière, la couche en q montre au microscope des vibrions, du carbonate et du phosphate de ch phosphate ammoniaco-magnésien. C'est à tort que la présence de ce cor donnée comme un signe de grossesse, puisqu'on le retrouve en quantité v dans toutes les urines (*Voy.* Grossesse).

KYSTES. — Parmi les kystes internes, dont je n'ai pas à faire ici l'hi les plus ordinaires sont les *kystes hydatiques* et les *kystes de l'ovai* *kystes hématiques* de l'arachnoïde et les *kystes* du pancréas sont b plus rares.

A l'exception de ceux de l'arachnoïde, les kystes se développent habi ment avec lenteur, et ne donnent d'abord lieu à aucun signe lorsqu'ils s fondément situés, peu volumineux, et par suite ils n'ont pas d'influence f sur les fonctions des organes limitrophes : ce sont alors de simples lésio tomiques. Lorsqu'ils sont plus volumineux, ils produisent, suivant leur des troubles fonctionnels : les uns, qui n'ont rien de spécial, comme c gênes ou douleurs sourdes; les autres, plus caractéristiques, comme des p mènes de *compression*, ceux de l'*inflammation* spontanée du kyste, et les accidents qui résultent de leurs ruptures.

Ces ruptures, heureuses ou fatales, et, avant tout, la constatation d'une t formée par le kyste, sont les conditions essentielles du diagnostic (*Voy.* H des et Tumeurs).

LACTESCENTS (Liquides). — Il arrive quelquefois que certains l de l'économie, comme le sang et les urines, offrent une coloration d'u opaque analogue à celui du lait. Les anciens ont déduit de cette partic les hypothèses, encore admises par le vulgaire, de la déviation du lait h ses voies naturelles.

On sait aujourd'hui que l'aspect lactescent dont il est question est d matières grasses émulsionnées dans les liquides qui le présentent, et fait disparaître instantanément par une addition d'éther qui dissout la grasse. La lymphe, liquide opalin et blanchâtre rendu par des fistules q muniquent avec des vaisseaux lymphatiques, a aussi été prise pour dévié. Lœwig et Vidal ont vu la lymphe ainsi accumulée dans le scrotum.

· Comme l'a fait remarquer Cl. Bernard, les produits de sécrétions le principes empruntés au sang et d'autres principes élaborés par Le lait emprunte au sang son *eau*, ses *sels*, son *albumine*, tan- andes mammaires forment la *caséine*, le *beurre* et le *sucre* de lait. ;s du lait de la femme ont besoin d'être constatées assez souvent que, afin que l'on puisse saisir l'influence que peut exercer cette it sur l'enfant, soit sur la mère. Il sera parlé à l'article MAMELLES les fournissent chez le nouveau-né, quoiqu'elles soient à l'état ru- cet âge.

s l'état sain, le lait de la femme présente des qualités physiques que je n'ai pas à rappeler en détail. On a considéré comme le lait roprié à la nourriture de l'enfant celui qui est de densité conve- antité suffisante, et qui est riche en globules.

; du lait se juge approximativement à sa transparence ou à son opa- moins grandes, et, plus exactement, si l'on en recueille une quan- nde, à l'aide des *lactomètres* divers qui ont été préconisés, et qui ır le principe de l'aréomètre. Il est important de noter que lors- de lait, le poids de l'eau qu'il contient augmente.

:té de lait que peut ingérer l'enfant à la mamelle est impossible à ce n'est en pesant l'enfant avant et après chaque prise de lait, comme N. Guillot; la différence des deux pesées indique la quantité de lait érée par l'enfant. On évite ainsi de se laisser tromper par le temps fant à prendre le sein, et de croire à une grande quantité de lait ı'il y en a eu peu.

roscope, le lait de femme est formé, comme tous les autres, de sérum t de globules qui auraient, suivant Bouchut (*Hyg. de la prem. en-* , p. 192), un vo- plus grand et plus ıe dans les autres it, comme le mon- 06; à ces globules nélangés quelques thélium. Si l'on colostrum de la re, on y reconnaît ère grasse, et une grande inégalité dans les globules de beurre, ; sont très-petits et réunis en masses, et d'autres très-volumineux,

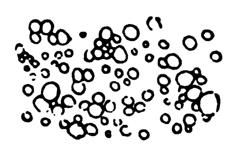


Fig. 106. — Globules laiteux sans mélange.

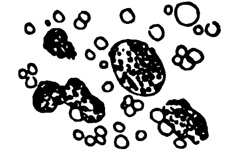


Fig. 107. — Lait altéré par les éléments du colostrum.

:té des globules vus ainsi au microscope ainsi que leur volume ıdérés comme proportionnels à la qualité nutritive du lait. Devergie, , a insisté sur ce fait, que tout globule large appartient à un lait t globule petit à un lait pauvre (*Bull. Acad. de méd.*, 1841). Mais, narque de Becquerel, les globules du lait seraient uniquement com- tière grasse d'un volume très-variable et indépendant de la bonne ou ıalité du lait (*Soc. des hôpit.*, nov. 1850). Quant au nombre des ran a rappelé, dans la même discussion, que, d'après Miller, de ›urrices pouvaient avoir un lait riche en globules, et Trousseau a fait son côté que le nombre des globules est plus considérable au milieu ıu'au début et à la fin. On voit qu'il n'est pas possible de se fier au ıréciation dont il vient d'être question pour juger de la qualité du rrices.

Becquerel et Vernois (*Ann. d'hygiène*, 1853) ont rigoureusement étu[dié] l'aide de l'analyse chimique, le lait des nourrices menstruées ou devenues [grosses]ses. Il en résulte qu'alors non-seulement il est diminué de quantité, com[me l'a] établi N. Guillot (*Union méd.*, 1852), mais encore que la diminution po[rte] la partie aqueuse et sur le sucre, tandis qu'il y a augmentation en poids [des] parties solides et de la caséine. En un mot, *le lait est plus excitant :* seul[e cir]constance dont le praticien doive tenir compte, en rejetant les hypothèses [d'ac]cidents graves attribuées à tort à l'état de *menstruation* ou de *gestation* [de la] nourrice, lorsqu'elles ont lieu.

B. — Comment le lait est-il modifié sous l'influence des maladies? [Cette] question complexe a été étudiée aussi par Becquerel et Vernois (*loc. cit.*). [Il] résulterait de leurs analyses : 1° qu'à la suite d'*émotions morales* vives et [dans] la *fièvre typhoïde*, tous les éléments solides du lait diminuent, excep[té la] caséine ; 2° que, dans les maladies aiguës fébriles en général, le poids des p[arties] solides augmente, tandis que l'eau diminue (comme pour la menstru[ation]) ; 3° qu'il en est de même dans les maladies chroniques, sinon que la c[aséine] diminue notablement; 4° que cependant, avec la *tuberculisation pulmo[naire] accompagnée de diarrhée*, il y a au contraire diminution des parties so[lides], perte portant tout entière sur le beurre ; 5° qu'enfin, dans les cas de *syp[hilis]*, la densité du lait augmente considérablement (surtout par les sels), tandis [que] le beurre diminue, et que le traitement par les mercuriaux semble au con[traire] augmenter les quantités de beurre dans le lait.

Ces notions peuvent être utilisées dans une certaine mesure pour le di[agnos]tic des changements qui surviennent dans la santé des nourrissons, indé[pen]damment de l'influence des principes nuisibles qui échappent malheureu[sement] à toute analyse. La matière colorante de la bile a cependant pu être co[nstatée] dans le lait d'une femme ictérique, à l'aide de l'acide azotique qui le colo[re en] bleu vert, ou en vert franc (*Arch. für phys. Heilk.*, 1849). C'est aussi ce [que] Bouchut a constaté.

LANGUE. — Cet organe a des fonctions complexes : il est l'organe sp[écial] du GOUT et de l'articulation des mots, et il concourt aux actes de la masti[cation] et de la déglutition. Lorsqu'elle est médiocrement augmentée de volu[me, la] langue conserve sur ses bords l'empreinte des arcades dentaires; plus v[olu]mineuse, elle remplit la cavité buccale, se développe en avant hors des ar[cades] dentaires et même des lèvres (dans le tétanos, dans l'épilepsie), ou bien v[ers le] pharynx, où elle gêne la respiration, au point parfois de produire l'asphyxi[e].

1° *Maladies.* — La langue est le siége d'une *congestion* qui augmente [plus] ou moins son volume dans certaines asphyxies, et dans certains cas d'obst[acle à] la circulation dans la veine cave supérieure. Elle est atteinte d'un assez g[rand] nombre d'affections : fréquemment d'inflammation (GLOSSITE); plus rare[ment] d'*abcès*, de phlegmons *gangréneux* ou d'*ulcérations* autres que celles q[ui ré]sultent des aphthes. On l'a vue aussi être le siége du *rhumatisme mu[scu]laire;* de *paralysie* (par suite d'hémorrhagie cérébrale ou de *méningite [tu]berculeuse*) ; d'une *paralysie* remarquable, indépendante de ces affectio[ns cé]rébrales, et affectant non-seulement la langue, mais les lèvres et le voile [du] palais (*Voy.* PARALYSIES localisées); d'*hypertrophie chronique* syphiliti[que]; de *tumeurs* ayant ce dernier caractère, ou constituant des *cancroïdes* [ou de] véritables *cancers;* ou enfin dépendant de calculs salivaires visibles à la [face] inférieure de l'organe. La plupart de ces affections sont des maladies seco[n]daires.

2° *Symptômes.* — L'aspect de la langue est très-variable. Rosée ou d'un r[ouge]

s l'état sain, elle est tantôt très-pâle (anémie), tantôt d'un rouge
is vif, soit sur toute sa surface, soit seulement sur ses bords, le centre
ge d'un enduit blanchâtre, jaunâtre ou brunâtre. Dans les maladies
a trouve tantôt souple et humide, tantôt racornie et sèche, quelque-
e, brune, tremblante, sans que les particularités qu'elle présente
sairement, comme on l'a dit longtemps, en rapport avec des lésions
:. Si l'on excepte l'enduit limoneux d'un blanc grisâtre ou d'un jaune
est un des meilleurs signes de l'embarras gastrique, on doit recon-
Louis que l'aspect de la langue peut être naturel avec des lésions
'estomac, et très-modifié au contraire en l'absence de toute lésion
Elle est *déviée* dans l'*hémorrhagie cérébrale*, dont cette déviation
: important (*Voy.* p. 495), tremblante dans les *fièvres graves*, dans
: chronique, l'*ivresse*, le *delirium tremens*, la *paralysie géné-*
cication saturnine et surtout l'intoxication *mercurielle*.
eurs qui occupent la langue sont le plus souvent provoquées ou aug-
· l'exercice de ses fonctions rappelées plus haut. On a signalé comme
ı de *pharyngite granuleuse* une douleur particulière très-fatigante
: (Spengler).
le la parole, celle de la mastication ou de la déglutition, par le fait
ion de la langue, constituent les *symptômes fonctionnels* dont elle
:. Outre les enduits dont il est question plus haut, la langue est
siége du MUGUET, et bien rarement celui d'exsudations diphthé-
: PARASITES végétaux microscopiques.
staté encore sur la langue la *nigritie*, due à une couche de cellules
entourées de corpuscules pigmentaires visibles au microscope (Eu-
ierordt's Arch. f. phys. Heilkunde, 1853). Cette coloration, com-
: une santé parfaite, a paru à Bertrand de Saint-Germain résulter
ecchymose dont la résolution a été marquée par une coloration jau-
s bords (*Acad. des sc.*, 1856). Les *vésicules* ou *lysses*, signalées
inage du frein de la langue comme épiphénomène de la rage, sont loin
uellement constatées dans cette dernière affection. Il en est de même
:s signalées par Gambérini dans la coqueluche.
oration de la langue a lieu principalement par l'*inspection*, qui
ignes rappelés précédemment, et par le *toucher*, qui permet de juger
té ou de la sécheresse de la langue, de sa mollesse ou de sa dureté,
:s noyaux d'induration qu'elle peut offrir.

)IEMENT. — L'écoulement des larmes dû à une cause patholo-
ırtout du ressort de la chirurgie. Cependant le médecin constate le
ıomène accidentel pendant les accès de *névralgie de la cinquième*
ımme symptôme de la *rougeole* et de la *grippe*.

:ES (Fièvres). — *Voy.* INTERMITTENTES (Fièvres ou affections).

:S. — *Voy.* ENTOZOAIRES et PARASITES (Animaux).

IGITE. — Plusieurs auteurs ont groupé sous le nom de *laryngites*
fections dont il ne sera pas question dans cet article, consacré uni-
ı diagnostic de la laryngite simple, aiguë ou chronique. Celles que
ées *striduleuse*, *pseudo-membraneuse*, ou *œdémateuse*, consti-
aladies particulières, dont j'ai parlé aux mots CROUP, PSEUDO-CROUP
ɪE LA GLOTTE.

ngite aiguë.

:nts du diagnostic. — Ils varient suivant que la laryngite est légère

Lorsqu'elle est légère, il y a absence de fièvre. Le symptôme prin parfois même le seul) est la *raucité de la voix*, qui passe des sons rudes à des sons aigus et criards; ou bien il y a *aphonie* complète. On noté comme symptômes moins constants : une *sensation douloureus* larynx; une *toux* provoquée par l'acte de la phonation, par des picotem l'ingestion d'une boisson froide ou le passage des aliments; des rares blanchâtres.

Lorsque la laryngite aiguë est *grave*, il y a : *fièvre* plus ou moins *douleur* plus vive au larynx, parfois exaspérée par la pression latérale supérieur du cartilage thyroïde; *déglutition* quelquefois impossible de la douleur, *sensation d'un corps étranger* dans le larynx (Vallei quelquefois quinteuse, suivie d'*expectoration* blanchâtre, parfois teinté *aphonie* presque complète, *respiration* difficile, rude, bruyante, *exacerbations* de dyspnée. Dans certains cas, enfin, il y a des symptô *sphyxie*, une *anxiété* extrême, du *délire* ou du *coma*, qui sont suivis ce qui s'observe surtout chez les enfants. — L'emploi du laryngosco mis d'étudier sur le vivant l'inflammation même du larynx. La muq gonflée, injectée, rouge écarlate; l'épiglotte forme un bourrelet plus épais, les ventricules peuvent être comme effacés, la glotte est rétréc cordes vocales inférieures, suivant Ludwig Turck (*Rech. clin. sur le du larynx*, 1862), montrent une injection générale ou partielle, ou teinte blanchâtre, analogue à celle que produit le contact du nitrate d' est à regretter que la laryngoscopie soit très-difficile à mettre en usag laryngite aiguë.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les symptômes locaux de la laryng ou grave sont tellement bien localisés, que la question du diagnostic d prime toutes les autres. Celle qui est légère est souvent confondue simple congestion, qui doit son caractère essentiel à sa marche et à s tion rapide, ainsi qu'à l'aspect simplement hyperémié de la muqueuse examinée au laryngoscope; cette muqueuse est boursouflée et comm teuse dans la vraie laryngite. Il faut aussi tenir compte pour le diag dans tous les cas, des conditions dans lesquelles s'est développée l'aff le malade a été exposé à des variations atmosphériques, s'il a une p qui le fasse abuser de la parole ou du chant, s'il a aspiré des vapeur poussières irritantes, si enfin, suivant la remarque de Cheyne applicab à la Grande-Bretagne, on a fait boire à un enfant du thé bouillant au l théière, ce qui produit une véritable brûlure de la glotte, il en résult somption d'une laryngite simple. On n'oubliera pas non plus que la laryn est quelquefois secondaire dans la variole, la rougeole, et plus rarem la fièvre typhoïde où elle peut être ulcéreuse (Louis, Hardy, Bourgou s'accompagner alors d'accidents asphyxiques. Ces accidents sont dus sa à un œdème de la glotte; ils ont nécessité la trachéotomie, comme Rayer, en 1854, et Frerichs, en 1855 (*Gaz. hebdom.*, 1856).

Le diagnostic différentiel est facile entre la laryngite aiguë et la *pha* que caractérisent les signes visibles de l'inflammation du pharynx. — *croup*, la toux, de même que la voix, a un timbre particulier plus plus étouffé; cependant la présence des fausses membranes sur les am ou dans les crachats permet seule de distinguer cette affection de la la aiguë grave. — Dans l'angine striduleuse (*pseudo croup*) qui survient c enfants, la maladie débute ordinainement d'une manière subite *la nu* une toux ayant le caractère croupal. — Enfin, dans l'*œdème de la*

piration est sifflante et difficile, et cette affection se déclare dans le cours
ne inflammation ou d'une ulcération des environs du larynx.

n a établi plusieurs *formes* de laryngite suivant son siége anatomique ; mais
sont sans importance pratique en dehors de celles qui résultent de l'in-
té différente de la maladie, si l'on ne comprend pas sous la dénomination
ryngite toutes les affections du larynx ou des parties voisines qui étaient
prises autrefois sous le nom générique d'*angines*.

œdème de la glotte, et la *paralysie laryngienne*, d'où résulte une aphonie
guérit par l'électrisation, viennent quelquefois compliquer cette maladie.
ne faut pas oublier que de véritables *abcès* peuvent se développer sous
glotte dans les laryngites graves, comme Artaud en a rapporté un exemple
atique (*Revue thérap. du Midi*, 1859). Il ne faut donc pas rejeter la pos-
té d'une pareille complication, ainsi qu'on l'a fait.

Pronostic. — La laryngite aiguë n'a de gravité que lorsqu'elle est intense
phyxique, ainsi qu'on le remarque principalement chez les enfants, ou lors-
le se complique d'œdème de la glotte, comme je l'ai rappelé plus haut.

Laryngite chronique.

mploi du laryngoscope a beaucoup élucidé la question de la laryngite
nique, comme le démontrent les travaux de Mandl (*Gaz. des hôpit.*,
, 61, 62) et ceux de Ludwig Turck (*Ouv. cité*).

Éléments du diagnostic. — Qu'elle soit légère ou intense, la laryngite
nique ne s'accompagne pas de fièvre. Elle est surtout caractérisée par
ouement ou l'aphonie, par une douleur légère du larynx, une toux peu
ente, des crachats parfois pelotonnés, grisâtres, très-épais, rendus sur-
le matin. L'application du laryngoscope montre la muqueuse d'un rouge
ou moins foncé, depuis l'épiglotte jusqu'aux cordes vocales inférieures,
ur due à la congestion des capillaires, dont quelques-uns peuvent être
eux. Assez souvent on aperçoit des mucosités blanchâtres, gluantes sur
ordes vocales (Mandl).

Inductions diagnostiques. — Le diagnostic de la laryngite chronique ne
avoir la précision nécessaire que par l'emploi du laryngoscope, qui permet
oir la lésion elle-même, lésion dont on rapproche ensuite facilement les
s données. — La *marche* lente de l'affection complètera le diagnostic, de
e que les antécédents étiologiques, parmi lesquels, dans les cas graves, on
e les grands efforts de voix, l'abus des alcooliques, l'action du froid.

laryngite chronique simple ne pourra pas être confondue avac l'*aphonie
euse* qui survient brusquement et qui existe sans douleur, sans gêne dou-
use quelconque, sans expectoration.

est d'ailleurs impossible de reconnaître pendant la vie, d'après les symp-
s et sans le laryngoscope, s'il y a ou non *ulcération*. Celle-ci est du reste
re, qu'elle a été révoquée en doute par quelques auteurs ; cependant
aut en a rapporté une observation (*Soc. des hôp.*, juin 1855).

grande difficulté est de décider si l'on a affaire à une laryngite chronique
ou non à une autre maladie. Dans les cas de laryngite symptomatique avec
ans ulcération, il existe presque constamment une phthisie pulmonaire, et
rarement une syphilis constitutionnelle ou un cancer du larynx, ce qu'il
rechercher.

uivant Trousseau et Belloc, qui ont publié, à propos de la *phthisie laryn-*
(1837), un intéressant ouvrage sur la laryngite ulcéreuse, les signes conco-
nts des *tubercules pulmonaires*, ceux de la *syphilis* comme signes anam-
tiques ou actuels (au niveau du pharynx), pourraient seuls révéler qu'il

s'agit d'une lésion dépendant, soit de la tuberculisation, soit de la syp constitutionnelle. — Quant au *cancer* du larynx, la présence de la tum sensible au toucher de l'arrière-gorge ou faisant saillie au dehors, le ferait lement reconnaître.

La donnée la plus importante qui puisse décider la question des tubercul de la syphilis, comme points de départ de la laryngite chronique, ce sont ulcérations spéciales que peut montrer le laryngoscope. Ces ulcératio sont pas malheureusement toujours appréciables par ce moyen, lorsqu' existent, parce qu'elles ne sont pas accessibles à cette exploration. On cependant établir que de fortes probabilités existeront pour des ulcér laryngiennes, lorsque la laryngite chronique aura une marche lente, mais duellement de plus en plus grave, qu'il y aura fièvre hectique, dépériss (phthisie laryngée), et qu'en même temps on constatera les signes des ma dont il vient d'être question. Il ne sera guère permis de douter de l'exi des ulcérations si, en outre, on constate une expectoration de crachats habi lement purulents, striés de sang, quoique ce dernier signe puisse exister ulcération de la muqueuse. Enfin le diagnostic sera certain si, en compri le larynx, on sent qu'il est le siége d'une crépitation due à la destru partielle et à la mobilité des cartilages laryngiens, si des débris de cartilage accidentellement rendus par la toux, et si enfin le LARYNGOSCOPE perme constater *de visu* l'ulcération elle-même.

3° *Pronostic.* — La laryngite chronique simple est peu grave ; mais il est pas de même de celle qui est secondaire, principalement lorsqu'elle dé de la tuberculisation ou d'une affection cancéreuse. Elle contribue alors pa progrès à hâter la mort. Dans la syphilis, c'est au contraire la guérison cicatrisation de l'ulcération qui pourrait entraîner la mort en rétrécissa larynx et en déterminant l'asphyxie, comme on l'a observé dans la trachée.

LARYNGOSCOPE, LARYNGOSCOPIE. — Ce n'est pas à Sell (1832), ni à Trousseau et Belloc (1836), comme je l'avais cru d'abord (1re éd de ce dictionnaire), qu'est due la première idée d'employer un miroir ré teur introduit dans l'arrière-bouche pour l'exploration visuelle de la gl Cette idée, Babington l'avait eue en 1829, et Bozzini dès 1807 ; mais ell encore longtemps avant de devenir applicable.

Bennati vit la glotte à l'aide de l'instrument de Selligue ; mais Liston (1 et Garcia (1855) simplifièrent le procédé d'exploration en employant un si petit miroir porté dans le pharynx à l'aide d'une tige, miroir sur lequel d à la fois tomber la lumière extérieure et se réfléchir l'image de la glotte. Tu de Vienne, appliqua le premier la méthode au diagnostic des affections la giennes (1858) ; mais c'est à Czermak (1858), qui a surtout contribué à no rendre familier en France (*Du Laryngoscope*, 1850), que l'on doit la vulg sation du procédé. Il l'a rendu pratique, grâce aux perfectionnements qu'i a fait subir, notamment par l'addition du miroir de l'ophthalmosc concentrait dans l'arrière-gorge la lumière réfléchie soit solaire, soit art ce que l'on n'avait pu obtenir suffisamment jusque-là. Depuis les pub de Turck et Czermak, la laryngoscopie a été l'objet de travaux dus à (*Arch. de méd.*, 1860, t. XV), Verneuil (*Gaz. hebdom.*, 1862, 63, 64), Mandl, Krishaber, Moura, de Labordette, Morell-Mackensie, et à d'autres valeurs, qui n'ont fait que modifier l'œuvre de Czermak.

1° *But de la laryngoscopie.* — La laryngoscopie a pour objet de la vue du larynx et de diverses de ses parties, qui se réfléchissent da miroir oblique, d'où l'image suffisamment éclairée du dehors arrive à l'œu

ır. Cette constatation montre l'état de l'épiglotte, de la glotte, des cordes si l'instrumentation est convenable, jusqu'à la trachée et même parfois eron des bronches. On a appliqué aussi le laryngoscope à l'exploration ıasales postérieures (*rhinoscopie* de Czermak), et même à l'examen de ıférieure du larynx à travers la plaie de la trachéotomie; mais on n'a pu résultats satisfaisants de cette dernière application. Je ne fais que l'auto-laryngoscopie, qui n'a pour but que d'étudier son propre larynx, résultats obtenus sont par conséquent plutôt scientifiques que prati-

ns d'exploration. — Il y a à considérer, dans l'emploi du laryn- le *miroir laryngien*, qui doit être porté dans le pharynx; la *lumière* qui doit l'éclairer; la *position* du patient et de l'observateur; la manœuvre de ce dernier.

a. — Un miroir laryngien de 18 à 20 millimètres de diamètre en moyenne, porté sur une tige métallique implantée dans un manche, compose la partie essentielle de l'appareil, *fig.* 108. Ce miroir peut avoir des dimensions différentes, indiquées figure 109, la grandeur moyenne étant la plus usitée; la forme ronde ou carrée importe peu. Sa surface est plane et son épaisseur assez grande pour conserver la chaleur nécessaire qui s'oppose à sa ternissure par les vapeurs aqueuses traversant l'arrière-gorge.

b. — Une lumière vive dirigée vers la gorge, et par conséquent réfléchie vers le larynx par le miroir, est indispensable. Aussi n'est-ce qu'à partir du moment où l'on a usé de miroirs réflecteurs que l'exploration a été possible. En effet, l'obstacle le plus sérieux à l'emploi usuel du laryngoscope est l'insuffisance fréquente de la lumière solaire ou artificielle. La lumière solaire, qui est la plus convenable, mais exceptionnelle, est reçue dans un miroir et dirigée vers le pharynx de l'individu à explorer. La lumière artificielle d'une lampe est le plus généralement employée et renforcée autant que possible, soit en ayant recours au gazogène, soit en faisant traverser la flamme par un très-petit courant de gaz oxygène, ce qui donne à la flamme un éclat incomparable (Cusco). Un moyen plus habituellement mis en usage et plus simple consiste à augmenter l'intensité de la lumière d'une bonne lampe en plaçant en arrière de la flamme un réflecteur plus ou moins puissant, et en avant d'elle une lentille plan-convexe (Krishaber, *fig.* 110), ou bi-convexe (Moura), à travers laquelle les rayons lumineux prennent tout l'éclat nécessaire pour bien éclairer les parties à explorer.

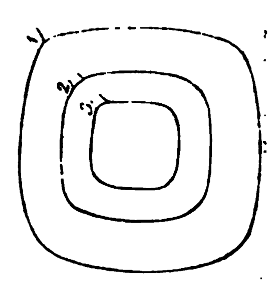


Fig. 109. — Les contours de trois modèles différents de miroirs laryngiens; l'insertion de la tige se trouve indiquée par 1, 2, 3.

c. — La personne examinée doit être assise, les mains sur ses genoux, le haut du corps avancé, le cou tendu en avant, la bouche largement ouverte, la langue aplatie en bas, tendue ou non au dehors. L'observateur, assis en face, règle d'abord l'éclairage de l'arrière-bou-

liroir acier mo- tige ionté ance- she.

che, la lampe étant placée à gauche de son axe visuel, puis il chauffe miroir à tige (ou laryngoscope), dont il éprouve au toucher la températu dant que le malade inspire profondément, on dirige le petit miroir d rière-gorge en refoulant la luette et le voile du palais pour donner à l'in la position convenable, et dirigeant l'examen suivant les images que tient. L'exercice et la réflexion feront comprendre à chaque observ



Fig. 110. — Laryngoscope de Krishaber. — A, réflecteur. B, lentille plan-convexe. C, mi au malade à voir son larynx. D, support de l'appareil.

modifications qu'il doit faire subir au procédé suivant les circonstance en effet arriver à un certain degré d'habileté pour pratiquer la laryn chez les malades; car si quelquefois on atteint le but d'emblée, plus s faut, avant une exploration fructueuse, que le malade se soit exerc ouvrir sa bouche, à maintenir sa langue abaissée, et surtout à suppo contractions la présence d'un corps étranger au niveau de l'isthme d Ces exercices préliminaires sont souvent indispensables.

Sous ce rapport, il faut distinguer les sujets habitués à l'exploration soumettent avec une grande facilité, et ceux qui, par l'appréhension cause l'introduction de l'instrument jusqu'à la gorge, par les mouvemen scients de leur langue, et par les contractions involontaires et subites rynx que provoque le laryngoscope, ne peuvent se prêter que très-diff à son emploi, ou même le rendent impossible. — Quant aux premiers, à cet examen, qui savent laisser leur tête immobile, leur bouche l ouverte, et qui peuvent supporter le contact du petit miroir appliqué su du palais sans qu'il en résulte d'effet réflexe (mouvement de vomituri démontrent que la laryngoscopie peut être un procédé des plus simples, facile que l'examen du pharynx à l'aide d'un abaisse-langue, comme il l à la vue de la figure précédente. Il arrive même quelquefois que l'on re des sujets qui sont d'emblée aussi faciles à explorer, parce que le v palais est anesthésié. Mais ce ne sont pas là les faits les plus ordinaires. - qu'on est en présence des difficultés individuelles rappelées tout à l'heu

surmonter en employant les moyens suivants. Si la muqueuse de l'ar-
iche est trop irritable, il faut pendant plusieurs jours que le malade à s'habitue à supporter dans la gorge le contact des corps étrangers, ou ent du doigt porté sur le voile du palais. Si ce procédé était insuffisant, recours au bromure de potassium, qui a été conseillé pour amortir la é pharyngienne. Un gargarisme avec 100 grammes d'eau contenant en on 3 ou 4 grammes de ce bromure, ou des badigeonnages avec une so- ce sel au dixième, sont les modes d'emploi auxquels j'ai eu recours cès. L'obstacle qui provient des mouvements involontaires de la langue ment surmonté, si, de sa main gauche, l'explorateur prend et maintient l'un mouchoir l'extrémité de la langue hors de la bouche, pour appli- iiroir laryngien de sa main droite. Malgré l'emploi de ces précautions, savoir qu'on peut rencontrer des personnes entièrement réfractaires, même contre leur volonté, et chez lesquelles, si l'on insiste, le vomissement survient avec des angoisses très-pénibles. Telle est du moins l'expression des faits que j'ai été à même d'observer.

— Spatule ou crochet des- soulever le voile du palais. — une fenêtre. *b*, sans fenêtre.

Czermak n'a pas dissimulé les difficultés habituelles de l'emploi de la laryngoscopie : « L'introduction du miroir avec facilité et assurance, par conséquent sans excitation notable de l'arrière-bouche; la prompte détermination de l'exacte position du miroir à l'endroit le plus propice et le moins sensible, l'habitude de s'orienter avec des images réfléchies, surtout lorsqu'il s'agit des régions peu connues et de parties mobiles; les indications à donner à la personne examinée pour exécuter les mouvements et prendre l'attitude nécessaires à la disposition la plus favorable des parties buccales et pharyngiennes; enfin la régularisation de l'éclairage et de la direction visuelle : toutes ces circonstances exigent un degré d'exercice et de dextérité que l'on ne peut atteindre que par une *grande persévérance*, jointe à certaines notions préliminaires et à une certaine adresse naturelle » (*Ouv. cité*, p. 17).

Si, en même temps qu'on explore le larynx à l'aide du miroir, on veut diriger un instrument vers la glotte, il faut d'abord que le sujet soit habitué à la laryngoscopie depuis quelque temps. Il faut, de plus, qu'il vienne en aide au chirur- ur lui laisser ses deux mains libres : la gauche, pour maintenir le petit en place, ce à quoi cette main doit être exercée comme la droite; et la



Fig. 112. — Orifice postérieur des fosses nasales. Cloison, cornets et orifices des trompes d'Eustache. La face postérieure bombée du voile occupe la partie inférieure de la cavité nasale.

droite, pour diriger les instruments à introduire jusque dans le laryı pour cela que la tête du patient soit maintenue dans la position la p nable, et que lui-même se maintienne la langue hors de la bouche en extrémité avec un linge.

Quant à la rhinoscopie, qui permet de voir l'état des fosses nas rieures, *fig*. 112, elle est d'une application plus difficile que la simpl copie, puisqu'elle exige l'usage des deux mains de l'observateur, que l'une relève le voile du palais à l'aide d'un crochet particulier tandis que l'autre applique le miroir obliquement dirigé en haut et en encore il faut que l'individu exploré maintienne sa langue tirée hors de

Jusqu'à présent j'ai supposé qu'il n'y avait pas d'autre instrument que le petit miroir à tige pour l'exploration laryngoscopique. Mais ce saurait être considéré comme le dernier mot de l'emploi du procéd mande à être simplifié en même temps que perfectionné. C'est dan que se montre le spéculum laryngien de de Labordette, chirurgien de Lisieux.

D'après Robin (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 721), cet i dont il me suffit de donner les figures 113, 114 et 115 pour en faire bien c l'emp cile à ne pr de na le p nomb jets, compl miroi pour tion glotte rynx, partic sûr c cathét la tra perme l'œil l'extré sonde.

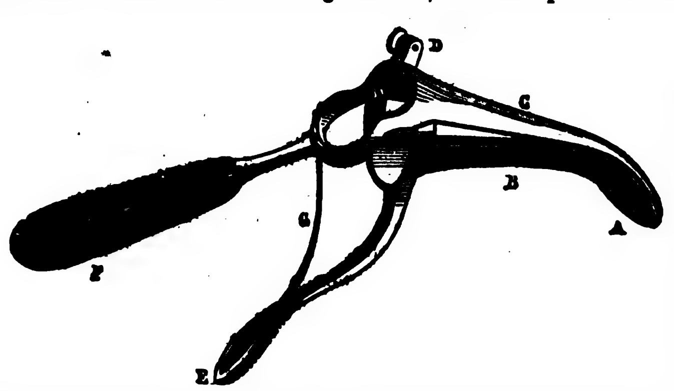


Fig. 113. — Spéculum laryngien de de Labordette, fermé. — A, miroir laryngien. B, valve inférieure. C, valve supérieure. D, charnière. E, F, manches. G, ressort maintenant l'instrument fermé.

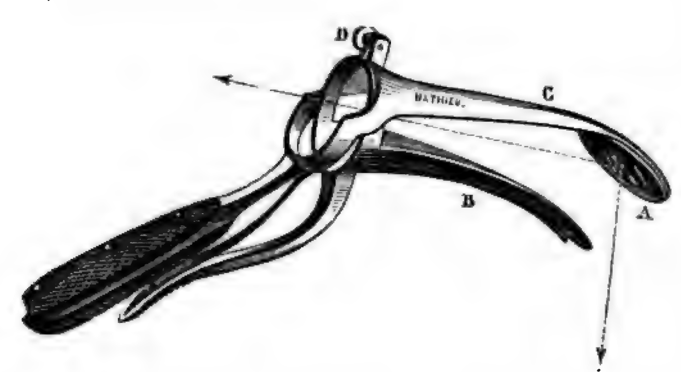


Fig. 114. — Spéculum de de Labordette, ouvert. — A, miroir laryngien. B, valve inférieure. C, valve supérieure. D, charnière.

3° S

Pour l des lé le lar perme tater à de la l langue, glotte, et mên trachée, de même que des signes indépendants des lésions que ces part vent présenter, il faut savoir d'abord ce que l'on voit dans le miroir laryng

st en place, chez l'homme sain. C'est ce que montrent les figures 116 et première pendant le repos des parties, la seconde pendant l'émission du son ait élargir la glotte.

lésions aiguës ren- l'exploration plus e et plus pénible s lésions chroni- Le véritable avan- ue l'on trouve dans oi du laryngoscope contre précisément cours des mala- roniques dans les- le larynx est lésé, ns lesquelles on it se faire une idée sse de cette lésion. les cas d'aphonie que, dont les con- sont si variées APHONIE), laissent dans le doute la n de diagnostic laryngoscope seul de préciser. Des s, des plaques mu- s sur l'épiglotte, cérations, des ré- ements de la glotte, neurs épithéliales, t s'accompagner mes troubles fonc- s. Or, le laryngo- ait facilement dé- er l'espèce de lé- istante. Le laryn- e devient égale-

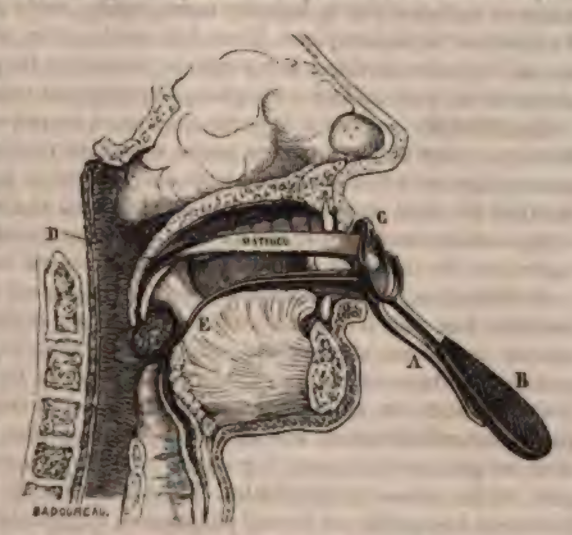


Fig. 115. — Spéculum laryngien de de Labordette en place, et ouvert par le rapprochement des manches A, B. C, charnière. D, miroir où se reflète le larynx.

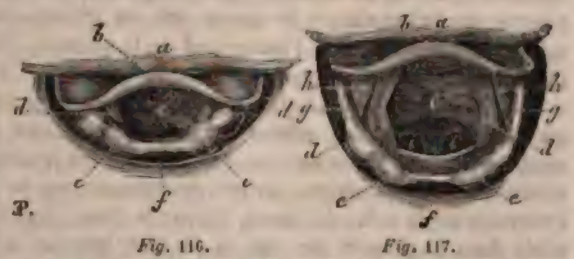


Fig. 116. *Fig.* 117.

Examen du larynx, l'épiglotte étant relevée. — *a*, base de la langue. *b*, épiglotte. *c*, paroi antérieure de la trachée. *dd*, cordes vocales inférieures. *ee*, tubercules des cartilages de Santorini. *f*, œsophage. *g*, ligament aryténo-épiglottique. *hh*, cordes vocales supérieures. *i*, bronche droite. *j*, bronche gauche.

n moyen de diagnostic aussi certain que possible, dans une foule de cir- nces où précisément il y aurait, sans lui, impossibilité de décider s'il y a lésion matérielle à l'origine des voies aériennes profondes. Dans le cas de il facilite énormément l'ablation de certaines tumeurs laryngiennes pen- eur constatation. Ce sont là des conséquences heureuses de l'usage du scope, qui sont parfaitement établies aujourd'hui. Mais ce ne sont pas les seules.

affections intra-thoraciques, comme les anévrysmes de l'aorte, agissent ralysant une des cordes vocales par le tiraillement du nerf récurrent cor- ndant; or, cette paralysie, visible au laryngoscope, a pu mettre sur la voie gnostic d'abord douteux de l'anévrysme. Jakson en 1864 et Potain en 1865 ublié des faits qui démontrent l'importance de ce signe (*Voy.* ANÉ- MES, p. 71). Jeidel, d'Iéna, sur cinq cas d'anévrysmes de la crosse de e, l'a trouvé aussi une fois dans un fait où la paralysie atteignait l'épiglotte

et le palais du même côté (*Deutsch Klinik*, 1868). Le laryngoscop
de plus à Potain, dans le fait qu'il a rapporté, que la paroi trachéal
blement refoulée par la tumeur anévrysmale, autre signe nouveau
l'inspection laryngoscopique. Il est clair que le même procédé permett
der si l'aphonie est due à une paralysie des cordes vocales due à une
de paralysie plus ou moins éloignée, l'hystérie par exemple.

LARYNX. — Situé à la partie antérieure du cou et en avant de l'
le larynx constitue la première partie des voies respiratoires profon
non-seulement à la respiration, mais encore, par sa portion glottique
duction des sons dans les actes de la phonation et du chant. Quoiqu
d'une certaine mobilité, le larynx n'est que légèrement dévié de sa po
male dans les cas rares où une tumeur se développe dans son voisina

1° *Maladies.* — Les affections dont le larynx est le siége sont
breuses. Les plus fréquentes sont les différentes espèces de LARYNGI
simple (aiguë ou chronique), striduleuse (PSEUDO-CROUP), diphth
pseudo-membraneuse (CROUP), ulcéreuse aiguë ou chronique (*phthi*
gée). L'ŒDÈME DE LA GLOTTE a été considéré par certains auteurs c
laryngite œdémateuse. Des affections beaucoup plus rares que les p
sont les *polypes* du larynx, les *végétations*, le *cancer*, les *hydatide*
culs, et des *tumeurs* épithéliales. Enfin le SPASME de la glotte, la PA
l'APHONIE lorsqu'elle est le seul phénomène appréciable au niveau de
sont encore considérés comme des affections du larynx.

Toutes ces maladies ou lésions laryngées, qui se rattachent souven
morbide général, ne sont pas également faciles à diagnostiquer; la *l*
rhagie ou hémorrhagie du larynx est un phénomène pathologique
souvent impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir le siége a
dans l'organe qui m'occupe (*Voy.* p. 486).

2° *Symptômes.* — La *douleur* au niveau du larynx est très-varial
qu'elle est spontanée, elle est vaguement localisée par le malade
antérieure et moyenne du cou, ou bien elle est provoquée ou augmen
mouvements respiratoires un peu énergiques, par la déglutition, et s
l'exercice de la voix, du chant, ou par la toux. Son intensité n'est pa
rable dans la plupart des cas, si ce n'est lorsque la toux produit au
larynx une sensation passagère de déchirement, comme dans certaines
aiguës. La pression du larynx d'avant en arrière provoque quelquefoi
douleur.

Les symptômes fonctionnels fournissent souvent des signes d'un
valeur. Je viens de dire que les mouvements respiratoires, la phon
chant, la toux et la déglutition même pouvaient être douloureux. La *re*
peut en outre être rendue difficile par un obstacle que le malade loca
faitement dans le larynx par suite de la sensation de gêne qu'il y épr
plus, le rhythme des mouvements respiratoires est quelquefois modifié
ration étant beaucoup plus courte que l'expiration; le passage de l'air e
sonore à distance, soit dans le premier temps, soit dans les deux temps
toires. La *voix* peut être rauque, étouffée, modifiée, en un mot, dans
bre; l'aphonie est souvent complète. La *toux* peut présenter un timbre
éclatant, ou au contraire étouffé. La *déglutition* est parfois sensiblement

Les mucosités et les exsudats expulsés du larynx par la toux sont que
caractéristiques; mais d'autres fois il est difficile de décider si les ex
proviennent du larynx lui-même ou d'une partie plus profonde des voies r
toires. On a tout lieu de croire que les matières expectorées viennent

se : 1° lorsqu'elles sont expulsées plutôt par une expiration brusque que m mouvement de toux, et que les signes physiques n'annoncent pas la pré- › de mucosités dans le reste des voies aériennes; 2° lorsqu'il existe en e temps des signes fonctionnels localisés dans le larynx ; 3° lorsqu'il se à ces signes des crachats striés de sang, ou bien lorsque les mucosités torées, épaissies et rendues sans quinte de toux, semblent avoir été mou- lans les ventricules du larynx ; 4° on aura, non plus des probabilités, mais titude que les parties expulsées proviennent du larynx si on y reconnaît ragments de cartilages laryngiens, ou des fausses membranes qui portent reinte des parois de ce conduit ou qui forment des espèces de viroles d'un être trop grand pour appartenir aux autres portions des conduits respira- s.

Exploration. — L'exploration du larynx fournit aussi des signes d'une ine valeur. — L'*inspection* lui est devenue applicable, grâce au perfection- nt qui a été apporté aux instruments explorateurs (*Voy.* LARYNGOSCOPE). édemment, l'inspection ne pouvait s'exercer que très-incomplétement, dans as exceptionnels où l'on avait été forcé de pratiquer la laryngotomie. Il pas inutile de rappeler qu'alors l'inspection a été quelquefois un moyen de ôle du diagnostic porté, en rendant évidentes l'absence ou la réalité de la n soupçonnée, des fausses membranes diphthériques, par exemple. J'ai qué, à propos du CROUP, le signe indiqué par Wilson pour reconnaître si tacle réside dans le larynx ou dans le poumon (p. 261). — La *palpation* ieure du larynx, que l'on presse d'avant en arrière ou en lui imprimant mouvements de latéralité, réveille parfois une douleur dont la constatation tile au diagnostic; d'autres fois, elle fait sentir des espèces de craquements ndiquent l'altération profonde des cartilages. Il ne faut pas oublier, à ce os, qu'une sensation de craquement bien moins tranchée se produit quel- ois chez l'homme sain pendant les mouvements de latéralité, par suite des ments réciproques des cartilages laryngiens. L'introduction dans le pharynx oigt indicateur, surtout lorsqu'il est armé de la virole métallique de Loiseau, tre facilement jusqu'à l'orifice de la glotte, et cette palpation est le meilleur n de reconnaître l'engouement ou l'œdème du pourtour de cet orifice. L'é- tte sert de guide pour cette exploration comme pour l'introduction dans le x de la sonde de Loiseau, qui n'a d'importance que comme auxiliaire thé- tique. Quant à la pince dilatatrice du même auteur, son extrémité recour- eut quelquefois extraire des fausses membranes flottantes dans le larynx, ur présence pouvait d'abord n'être que soupçonnée. — L'*auscultation* du x a été de la part de Barth l'objet de recherches consciencieuses comme s celles qu'on lui doit. Le stéthoscope, placé sur l'un ou l'autre côté du x, y fait entendre, comme phénomènes physiologiques, un bruit respiratoire ire creux et caverneux, un retentissement vocal à son maximum, et une donnant la sensation évidente du passage rapide de l'air à travers un espace t. Ces signes peuvent servir à trouver la position d'un larynx qui se trouve- nglobé dans une tumeur cervicale. Comme phénomènes pathologiques, on re parfois le *bruit respiratoire* plus rude ou plus râpeux; d'autres fois on nd un *sifflement* plus ou moins prolongé, ou bien un petit *cri aigu* tout ulier, un *ronflement* qui est, dans certains cas, comme métallique, un lus humide à grosses bulles, ou enfin, plus rarement, une espèce de *râle* ent, de *tremblottement*, comme si un voile membraneux était agité par l'air. es signes stéthoscopiques, comme le fait remarquer Barth, sont secondaires, e doivent être placés qu'en seconde ligne comme signes des affections laryn-

gées, après les symptômes fonctionnels. On trouvera leur signification, articles qui les concernent, soit à ceux qui sont consacrés aux diverses laryngées.

LASSITUDE. — *Voy.* COURBATURE.

LENTIGO. — *Voy.* MACULES.

LÈPRE. — Les dermatologistes modernes ont donné ce nom à une cutanée squameuse qui ne paraît être qu'une variété de psoriasis, quelle je n'ai pas par conséquent à insister. Ce n'est pas là cette l autrement grave qui a sévi en Europe au moyen âge, avec une int motiva la fondation d'innombrables maladreries destinées à interner les dont la maladie était réputée contagieuse. On est d'accord pour adm cette véritable lèpre n'est autre chose que la maladie décrite sous la d tion d'éléphantiasis des Grecs ou lèpre des Grecs, dont il va être ques

LÈPRE DES GRECS. — Cette maladie a été longtemps considéré une forme de l'éléphantiasis, divisé en *éléphantiasis des Arabes* et *tiasis des Grecs*. Duchassaing a eu le mérite, en donnant une bonne tion de ces deux formes (*Arch. de méd.*, 1854 et 1855), de prépar tinction radicale qui doit en être faite en deux maladies distinctes. publication de la monographie si importante qu'a publiée Brassac, m la marine, sur l'éléphantiasis des Grecs, sous la dénomination de *Grecs*, il n'y a plus à douter qu'il s'agisse d'une maladie tout autre phantiasis des Arabes (*Voy.* ÉLÉPHANTIASIS), avec laquelle la lèpre n'a de rapport que l'augmentation extérieure plus ou moins consid parties atteintes. Brassac a démontré que cette lèpre des Grecs est un générale cachectique bien caractérisée, et qui est bien la lèpre si sou pelée dans les documents historiques les plus anciens (*Arch. de mé* de 1866, t. VI).

Avant d'en faire l'étude diagnostique, je dois faire remarquer, ave que l'on ne saurait donner une exacte définition de la maladie que sumé de ses principaux symptômes. Cette définition ressortira donc même des éléments du diagnostic. La lèpre des Grecs est dite lèpr *tode* ou *aphymatode* selon qu'elle est tuberculeuse ou non tubercule deux variétés ont été l'une et l'autre qualifiées d'*anaisthète* ou d'*hyp* selon qu'il y a perte ou exaltation de la sensibilité.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les qualifications relatives à la Grecs qui viennent d'être rappelées montrent qu'une déformation d extérieures et des troubles de la sensibilité sont des signes très-i pour l'observateur; mais ils sont loin d'être les seuls qui puissent êtr de départ des inductions diagnostiques.

Suivant Duchassaing, la maladie se présenterait sous trois aspects comprendrait trois périodes. — On reconnaîtrait la première à des *tach* chez les blancs, et plus noires que la peau chez les nègres, parfois ave *sie* à leur niveau, puis à des plaques de psoriasis ou de pityriasis (su bras et aux jambes), à la *paralysie* d'un ou de plusieurs membres, et la *déformation des doigts*, qui deviennent crochus, avec courbure *chute des ongles* à la suite de l'*ulcération* de leur bord libre. — A la période appartiendrait l'*hypertrophie hideuse du visage* avec ou *tubercules* charnus généralement connus, et l'apparition de deux autres de tubercules signalés par Duchassaing : tubercules *plats* (plaques riasis avec épaississement de la peau), se montrant surtout *aux co* tubercules *pisiformes*, ressemblant à des gouttes de suif recouvertes

brane transparente. — La troisième période serait une période d'*ulcéra-* graves survenant sous la plante des pieds et aux mains (où elles entraînent ute *des phalanges*), et se montrant au niveau des tubercules, à la *face,* *alais*, très-souvent à la *face interne du tibia*. Ces ulcérations peuvent ner la *perte de la voix*, la *cécité* et même la mort.

ssac a fait remarquer avec raison que la maladie ne suivait pas toujours évolution de trois périodes, et que ces périodes sont isolément des *formes* le peut prendre. Il n'y aurait donc pas entre elles un enchaînement néces- mais isolement ou simultanéité suivant les cas. L'auteur, que nous allons à contribution, nous en fournira les preuves, en nous permettant de léter les données succinctes de diagnostic qui précèdent, dans les induc- qui suivent.

Inductions diagnostiques. — Lorsqu'il y a des prodromes à la lèpre des (phénomènes fébriles plus ou moins prolongés), ils ne sauraient servir à diagnostiquer la maladie. Mais il n'en est pas de même d'un signe d'inva- qui a une grande valeur, et qui consiste en une éruption de bulles de pem- à évolution rapide, ou de pustules disséminées; ces lésions peuvent se ser, mais le plus souvent elles s'ulcèrent. Ces éruptions ont une expres- caractéristique quand elles se font sur des points déjà occupés par des taches s, brunâtres, qui sont un des meilleurs caractères de la lèpre dite aphy- le.

reconnaît ces taches à ce que les unes sont *rouges*, mal circonscrites, de plus nombreuses, ayant fait dénommer la maladie *mal rouge* de Cayenne; tres jaunâtres, avec très-léger relief sensible sous le doigt, rappelant uefois l'aspect des taches hépatiques, et mélangées aux précédentes. Cette sion des deux sortes de taches est par elle-même un bon signe; et lors- s'y joint une anesthésie qui succède à leur niveau, à une hyperesthésie ntrant au début, on est mis sur la voie du diagnostic, surtout si les taches èches, sans être squameuses, comme le sont les plaques de psoriasis, si mment observées en même temps que les diverses manifestations de la des Grecs.

sque la maladie présente ces caractères, qu'elle peut conserver durant urs années, le diagnostic, quoique pouvant se baser sur un ensemble de suffisants, ne sera facilement formulé que par les médecins à même d'ob- r habituellement des faits de ce genre. Pour les autres, il faudra plus : ence des tubercules et des ulcérations, des tubercules surtout.

s tubercules sont le signe le plus caractéristique de la lèpre des Grecs. Ils de forme sphéroïde ou plats, de volume variable. Les plus volumineux, ue charnus, se montrent surtout au visage qu'ils tuméfient, sillonnent de profondes en donnant à la tête un aspect léonin hideux et effrayant. Il s'y d'ailleurs des perversions sentoriales de la peau et des sens qui complètent gnostic. Les tubercules envahissent les muqueuses, l'œil, le conduit auditif, ynx (voix rauque nasonnée, dyspnée), et peuvent s'étendre à toute la sur- du corps, sauf au cuir chevelu, à la plante des pieds et à la face pal- des mains, où Brassac ne les a jamais rencontrés. Là où ils existent, la est sèche, perd son élasticité, mais en même temps la sécrétion sébacée nte par places. Les ongles se déforment, tombent et repoussent rugueux formes (*onyxis spiloplastique* de Duchassaing), les poils blanchissent. De les muscles de la main s'atrophient, d'où résulte une déformation signalée Danielssen et Boeck, mais que Duchenne a rapportée à sa véritable cause tris. *localisée*, 3e édition, 1869). Dans trois faits qu'il a observés à Paris,

et qui concernaient des individus nés en Amérique ou qui y avaient séj
a constaté cette atrophie avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec l'én
des parties molles de la main et la courbure des doigts en griffe, com
voit figures 118 et 119, r
l'un de ces malades, cou
à l'atrophie des muscles
seux (*Voy.* ATROPHIE MUS
p. 113, et MAIN, p. 612).



Fig. 118.



Fig. 119.

Quand la maladie a
degré de développement
peut plus être méconnu
forte raison son diagnosti
certain quand l'ulcératio
quence fatale de son p
sera développée. Ces ul
pellent assez bien l'a
ulcères variqueux ou s
ils font des progrès i
interrompus par une ci
incomplète et trompeuse. Danielssen et Boeck ont signalé dans des ul
couverts par des croûtes épaisses, des acares produisant des déma
insupportables. L'ulcération étend ses ravages destructeurs soit au n
articulations (surtout des mains et des pieds), d'où résultent l'élimin
phalanges, et même de plus grandes parties des membres, soit au n
muqueuses nasale, buccale, pharyngienne, laryngienne même, avec d
profonde des parties, douleurs affreuses et écoulement infect. Les fo
nutrition, on le comprend sans peine, éprouvent un ébranlement prof
faut pas oublier que cette grave période d'ulcération peut succéder i
ment à la période pemphygoïde ou echthymateuse, sans qu'il y ait de

La *marche* essentiellement chronique de la lèpre des Grecs est ca
que; elle se fait par poussées plus ou moins rapides, et sa durée
riable, dure rarement moins de deux ans. — Quoique les éléments *éti*
soient très-obscurs, il est important de se rappeler que la maladie se
dans les climats extrêmes : les régions polaires et équatoriales. C'e
au Brésil, en Norwége et en Islande qu'on la rencontre, favorisée p
gime et une hygiène déplorables. La contagion, admise dans l'antiqui
être démontrée de nos jours; l'hérédité, au contraire, doit être ado
une certaine mesure.

Il est facile de comprendre que c'est surtout au début de la mala
peut la confondre avec des affections cutanées toutes différentes. —
macules seules existent, on pourrait croire d'abord à une *syphilic*
taches ne présentaient pas ces altérations de la sensibilité qui manq
les manifestations cutanées de la vérole. — Le même caractère distinc
chera ces macules d'être confondues avec les *ephélides*, erreur qui p
assez commune (Schilling). — Les tubercules ne seront pas pris pour d
cules syphilitiques, si l'on tient compte des autres particularités de la
lèpre ou syphilis. La confusion serait ici regrettable en raison du tr
les mercuriaux pouvant produire une aggravation dans l'état général de
— De même que les taches peuvent induire en erreur, de même l
pustuleuse ou bulleuse si prompte peut être prise pour une affectio
simple, ou même, dans le cas de bulle, pour une simple brûlure au

le malade a intérêt à cacher son mal. — Enfin, quand la maladie est
les ulcères lépreux désorganisent les orteils, et, examinés séparément,
faire croire au *mal* perforant du pied; mais ce mal est local, et la
érale par excellence.

:e qui précède, nous n'avons pas à revenir sur le *siége* occupé par les
i sur ces *lésions* elles-mêmes, qui affectent plus particulièrement le
ont on retrouve, sous le microscope, les éléments plus ou moins altérés
. des tubercules. Je n'insiste pas non plus sur les *formes* de la lèpre,
ou non être tuberculeuse.

les *complications*, outre celles qui résultent des progrès même de la
comme la perte de certaines parties des membres, la destruction des
du nez, celle de l'œil, le rétrécissement du larynx entraînant parfois
:, etc., on compte l'*éléphantiasis des Arabes* ou des Barbades, qui
nême se compliquer de la lèpre des Grecs, ce qui a fait sans raison
les deux maladies.

nostic. — La terminaison par la mort peut survenir par les seuls pro-
ı maladie et des désordres organiques qu'elle entraîne, et fréquemment
ohlegmasies accidentelles des organes respiratoires. En attendant, le
ux lépreux subit des mutilations qui lui donnent un aspect repoussant
t son existence malheureuse et précaire. La maladie présente quel-
es temps d'arrêt fort longs, selon l'âge, le régime et la position de
Ces temps d'arrêt peuvent être pris pour des demi-guérisons, et peut-
on confondre avec eux les guérisons radicales qu'on a cru constater.

LARGIE. — On a considéré la léthargie tantôt comme une sorte de
ınolentum, dont les réveils momentanés s'accompagnent d'incohérence
.dées, et tantôt comme la *mort apparente*. La léthargie, sous ces deux
e rencontre principalement comme manifestation de l'HYSTÉRIE.

:ÉMIE, LEUCOCYTHÉMIE. — L'exagération du nombre des
blancs du sang, reconnaissable au microscope (*Voy.* LEUCOCYTES),
-t-elle, comme on l'a dit, la lésion fondamentale d'une affection parti-
ıi doit occuper sa place dans le cadre nosologique? ou bien n'est-elle
ıphénomène pathologique se rencontrant dans un certain nombre de
? Il est indispensable d'être fixé sur l'un ou l'autre de ces points, afin
r son diagnostic vers un but bien défini lorsque l'on constate l'exagé-
s globules blancs du sang. Voyons donc rapidement ce que les faits, et
ıéories, doivent faire admettre au praticien; car la question me paraît
ıême opportunité qu'à l'époque où parut la première édition de ce livre.
t J. H. Bennett et Virchow, et, après eux, suivant Leudet, Charcot (*Bull.
c. de biol.*, 1853), Vigla (*Bull. de la Soc. des hôpit.*, 1856), E. Vidal
; une intéressante monographie, a analysé et commenté trente-deux
ons, en ne s'occupant toutefois que d'une forme particulière de l'af-
Gaz. hebdomad., 1856), et enfin, suivant Trousseau (Leçons cliniques,
: *hôpit.*, 1858), la leucocythémie serait une entité morbide caracté-
· une cachexie particulière qui aurait pour caractères fondamentaux
.tation notable des globules blancs du sang et l'hypertrophie, soit de la
me splénique), soit des ganglions lymphatiques (*forme lymphatique*).
la valeur et l'appui de ces autorités, tous les observateurs sont loin de
cette manière de voir, qui a la fragilité de celles que l'on fonde sur un
restreint de faits, observés à l'exclusion de ceux qui peuvent contre-
ıéorie hâtive que les premiers ont suscitée.

est, en effet, la théorie de la leucocythémie dite maladie.

mique non-seulement dans des cas analogues à ceux qui ont été
Virchow, mais encore dans des *cachexies véritablement palu*
dans des faits de *cachexie cancéreuse*.

En second lieu, il n'est pas moins avéré que la lésion leucémique *lument faire défaut* dans des faits caractérisés par des symptômes semblables à ceux que l'on a attribués à cette lésion du sang. Lasè connaître à la Société des hôpitaux (dans la discussion qui eut lie 1856) les travaux entrepris en Allemagne sur le sujet qui m'occu quelques notes critiques dans lesquelles on déclarait avoir observé d breux d'*anémie avec tumeur de la rate, sans leucocythémie*. Ces étaient-elles autre chose que des cachexies semblables à celles de V la lésion considérée comme fondamentale? Il n'est pas permis d'en d même, quelques mois plus tard, je rencontrais à l'hôpital Necker un cachexie observée avec le plus grand soin, présentant tous les cara leucocythémie décrite comme maladie, et un développement consid rate sans fièvre intermittente antérieure (*leucémie splénique* de mais *le sang, examiné pendant la vie et après la mort, ne pr d'augmentation du nombre des globules blancs* (*Union m*

Cette seule observation dans laquelle l'hypertrophie de la rate n nullement d'une oblitération de la veine splénique, comme le dém topsie, en dit plus que tous les raisonnements, pour démontrer que thémie n'est pas une lésion fondamentale à laquelle on devra r symptômes de la maladie. Mais il y a plus : la même conclusion est à la *forme lymphatique* de la maladie de Virchow. Pendant que la question de la leucémie à la Société des hôpitaux, Bonfils commu Société médicale d'observation un fait remarquable de cachexie chr *hypertrophie énorme de tous les ganglions lymphatiques*, dév de la rate, asphyxie mortelle par hypertrophie des ganglions bron absence d'augmentation des globules blancs du sang plusieurs fois co Ch. Robin (*Recueil de la Soc. méd. d'observ.*, t. I). Ici la leucocyth

mon produit, dans la leucocythémie, une *dyspnée extrême caracté-*
que les globules blancs, jouant le rôle d'infarctus dans les vaisseaux
et des reins, y déterminent des épanchements hémorrhagiques, d'où
gie cérébrale dans le premier cas, et l'*albuminurie* dans le second.
constaté avec Ranvier des amas de globules blancs provenant d'hé-
capillaires dans divers organes, notamment dans le foie et les reins
physiol., 1869). Parmi les hémorrhagies variées qui ont coïncidé
icémie, on a signalé l'hémophilie (Laveran, *Gaz. hebdom.*, 1857).
çonnera l'existence de la leucémie ainsi comprise à la coloration
rticulière du sang, et on la constatera directement par l'examen du
icroscope, ainsi que je l'ai indiqué ci-après au mot LEUCOCYTES
i CACHEXIE SPLÉNIQUE OU LYMPHATIQUE).

CYTES (globules blancs du sang). — On sait que ces éléments
s du sang, vus au microscope, ont un volume supérieur à celui des
uges, et qu'il varie entre $0^{mm},010$ et $0^{mm},014$. Ils ne sont, chez l'a-
dans la proportion de 1 pour 100 ou 200 globules rouges, ou, plus
, suivant Moleschott et Welker, de 1 globule blanc pour 357 colo-
u'il en soit de cette évaluation, l'importance est de savoir que leur
it atteindre 25 ou 30 et même 50 pour 100, ce qui caractérise l'*état
mique* du sang ou la *leucocythémie*. C'est à ce point de vue que les
nous intéressent, et qu'il me paraît nécessaire d'indiquer comment
cette exagération de leur nombre et les précautions que l'on doit
ur éviter les causes d'erreur.

n a à sa disposition une certaine quantité de sang obtenue par suite
orrhagie ou par l'application d'une ventouse scarifiée (Becquerel),
ment une gouttelette de sang obtenue par une piqûre.

premier cas, le simple aspect du sang qui contient une exagération
s blancs a des caractères qui sont parfois assez tranchés pour attirer
pendant la vie. Au lieu d'être d'un rouge plus ou moins franc ou noi-

empilés par groupes, et ceux-là globuleux, plus gros et parfaitemen
plus ou moins nombreux suivant le nombre total des globules des de
Si le sang est en partie coagulé, leur comparaison est loin d'être a
J'ai fait remarquer (*Soc. des hôpitaux*, 1856) que, s'il se trouve un
pressé entre les deux lames de verre du porte-objet, presque tous l
blancs se groupent au pourtour, où leur proportion paraît énorme,
vers le centre, on en trouve à peine. Il faut donc, en pareil cas, e
soin toute concrétion sanguine de la préparation si l'on veut se fair
idée de la proportion des globules, examiner la préparation dans
étendue, et surtout s'assurer toujours que les leucocytes ne se sont
mulés à la périphérie.

Pour établir la proportion des leucocytes dans le sang que l'on e
n'a pas d'autres moyens que l'appréciation visuelle, soit dans le
microscope, soit dans le tube dont il a été parlé d'abord, et où la ha
couche blanchâtre et grumeleuse, comparée à celle de la couche infé
brun rougeâtre, indique la proportion relative des globules blancs
Dans les cas les plus ordinaires, l'examen au microscope ne perm
qu'à une évaluation approximative, les globules rouges empilés ne p
facilement comptés. On admet qu'il y a exagération pathologique du
leucocytes lorsqu'ils représentent le quart, le tiers ou la moitié d
rouges, comme je l'ai dit en commençant.

Donders et Moleschott ont démontré (1847) que le nombre des
normaux augmente momentanément après les repas, ce qui a été c
de Pury et Hirt. Il serait intéressant de rechercher s'il en est de mê
y a leucocythémie.

On a considéré d'abord ces globules blancs du sang comme des
pus. La vérité est qu'aujourd'hui on regarde comme impossible de
à l'examen microscopique les leucocytes des globules de pus. Traité
moniaque liquide, les leucocytes forment même une masse filante

ıgin, il est *opaque,* d'un *blanc crémeux* ou caséeux. On peut établir ıière générale que, dans les cas de lésions de la muqueuse, le liquide rend un aspect purulent, circonstance importante qui ressort des ; consciencieuses de d'Espine (*Arch. de méd.*, 1836, t. X). Le liquide que forme sur le linge des *taches* grisâtres, consistantes comme celles ıs. On peut souvent le voir sourdre, soit de l'orifice utérin, soit du l'aide du . Examiné ıcope, on ıver, outre es de pus, es épithé- ragin, *fig.* .. Le doc- e (*Arch.* t. I) a fi- ıoules cy- membra- provenant ıuamation ıeuses uté- vaginales, crits aussi ıui consi- i de la fi- : comme de l'inté- ıtérus. Se- ıe (*Traité* ozoaires, nucus va- rme quel- es bulles ıi donnent umeux, ce lerait con- avec la présence d'un parasite microscopique : la *trichomonade* ig. 51 (p. 366).

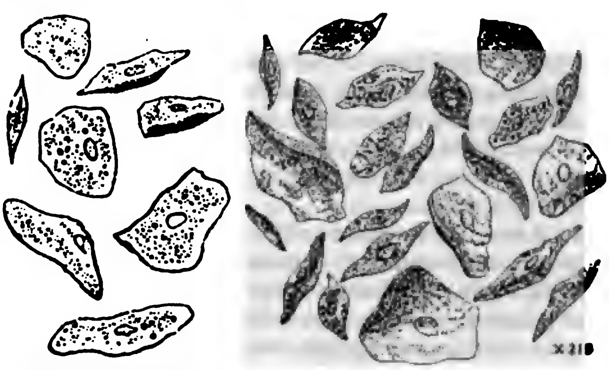


Fig. 120. — Epithélium du vagin (Lionel Beale).

Fig. 121. — Epithélium du vagin (Lionel Beale).

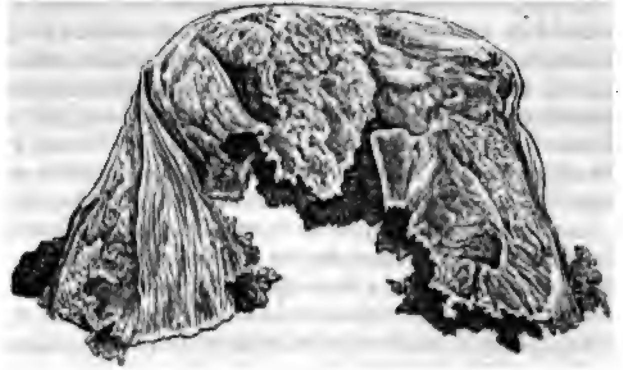


Fig. 122. — Moule composé d'épithélium de l'utérus (Lionel Beale).

conséquences de la leucorrhée abondante et prolongée, je dois signaler ement et la *faiblesse*, la flaccidité des chairs, la pâleur, l'*anəmie* en ıt surtout la *gastralgie*, l'*entəralgie*. Un fait moins bien démontré, a leucorrhée pourrait par elle-même produire des *végtations*, qu'il garder dès lors de considérer comme syphilitiques, et qui seraient à celles observées dans le cours de la grossesse (*Voy.* p. 470).

H. Beigel, la sécrétion du col utérin est toujours alcaline, et celle du e (*Arch. de méd.*, 1856, t. VIII). Ces caractères ne peuvent guère liagnostic anatomique, qui nécessite l'exploration au spéculum.

litions pathologiques et *signification*. — L'examen direct des voies st indispensable pour déterminer l'origine de l'écoulement. Tantôt on lésions locales qui l'expliquent, et tantôt la muqueuse paraît saine. il existe des lésions, elles peuvent occuper seulement la vulve (*Voy.*

VULVITE), l'utérus ou le vagin. — La *congestion utérine* explique la leuco
qui précède et qui suit les règles chez certaines femmes. Les *granulatio*
col, la *métrite*, une *ulcération*, une *déviation utérine*, un *polype*, un ca
peuvent expliquer immédiatement la production de l'écoulement. Il en
même lorsque, dans le vagin, on constate des rougeurs dépendant d'une *in*
mation simple ou *blennorrhagique*, des érosions ou des *ulcérations*,
granulations, comme celles qui surviennent avec de la leucorrhée, d
cours de la grossesse (vaginite *granuleuse*).

Lorsque le spéculum ne fait constater aucune lésion apparente dans le
ou au niveau de l'utérus, il peut cependant se faire, si l'écoulement a lieu
col utérin, qu'il y ait une lésion dans une partie cachée de l'organe. On adi
cette probabilité si le liquide est purulent, strié de sang, séro-sanguin
Quant à la lésion elle-même, elle me paraît impossible à déterminer d'ap
nature du liquide.

Il y a tout lieu de croire qu'il a une *leucorrhée* proprement dite, c'est-
catarrhale ou idiopathique, si le liquide utérin est transparent ou opalin, al
neux ou aqueux, produisant sur le linge des taches comme gommées et l
ment grisâtres, tandis que, si le liquide est sécrété par la muqueuse vagin
est plus fluide, mais opaque, crémeux, montrant au miscroscope une g
quantité de cellules épithéliales, et formant en se desséchant sur le lin
taches d'un gris sale ou brunâtre, larges, mal circonscrites (Reclam).

La détermination de la source vaginale ou utérine de la leucorrhée
considérée comme importante à un grand nombre de praticiens, à Fle
Churchill entre autres, qui regarde la leucorrhée utérine comme la pl
quente, et comme expliquant les troubles généraux graves qui coïncident
quefois avec la leucorrhée (*Traité prat. des malad. des femmes*, tra
Wieland et Dubrisay, 1866). Graves, à priori il est vrai, pense que l'organ
du vagin, avec sa sensibilité exquise et ses sympathies nombreuses, suffi
rendre compte de ces troubles généraux (*Clin. méd.*, 57e leçon).

Les données étiologiques de la leucorrhée seront également utiles au di
tic. Celle du vagin, qui s'observe assez souvent chez les petites filles, est
portée principalement à la *malpropreté* ou à la *masturbation*. Mais on
devoir aussi la rapporter au *froid*, à l'*affaiblissement*, à une *mauvaise c*
tution, à l'application de *substances irritantes* (F. Churchill), et surtout
influence catarrhale, que l'on a vue agir épidémiquement dans les hôp
d'enfants malades (Boivin et Dugès; Kinder-Wood). Le vulgaire croit quelq
à un attentat criminel, là où il existe une affection bénigne spontanée. — C
femme, le *coït* répété, un *avortement*, un état *chloro-anémique*, des *d*
tions utérines, dans lesquelles la leucorrhée serait constante, selon Vallei
enfin une *névralgie lombo-abdominale* (ou utéro-lombaire), ont été
considérés comme des causes habituelles de leucorrhée. — Enfin Mat
Duncan (*Edinb. med. journal*, 1860) a signalé, chez les femmes âgées,
leucorrhée exempte de toute lésion, et qui pourrait faire croire quelquefois à
affection cancéreuse qui n'existe pas. L'écoulement est alors muco-puru
plus ou moins épais, parfois mélangé de sang, et d'une odeur putride
acquiert lorsque la matière séjourne seulement quelques heures dans l'uté
De plus, le rétrécissement du col de l'organe causé par l'atrophie, une flexi
la position déclive de l'utérus, donneraient lieu à la rétention de cette mati
et alors surviendrait dans les reins et dans le ventre une douleur analog
celle de l'accouchement. L'emploi de la sonde utérine et du spéculum p
empêcher une erreur de diagnostic; mais la sonde utérine, si on la croit utile

orme, la simple agglomération de petites papules rouges ou décolo-
marque surtout au début. 2° Plus tard, ce ne sont plus de simples
ules agglomérées qui peuvent faire porter le diagnostic du lichen ;
it plus ou moins affaissées, surtout lorsque l'affection tend à la guéri-
etites squames les recouvrent. 3° Ou bien, excoriées par le grattage
uent des démangeaisons parfois atroces, elles sont *surmontées de*
s croûtes grisâtres ou noirâtres dues au desséchement de la sérosité
' Enfin, les papules disparues, il a persisté un *épaississement et une*
de la peau qui est rude et sèche au toucher, et qui présente des rides
compare avec justesse aux hachures parallèles de certains dessins, et
t aller jusqu'à constituer des crevasses.

'ents aspects sont plus ou moins caractéristiques des diverses variétés
tablies par les dermatologistes. Il est dit simple, circonscrit ou par
r bandes (gyratus), livide ou violacé, invétéré (rides et sécheresse ru-
ıfin il a été dénommé suivant son siége, soit au niveau des follicules
ıris), où il prend l'aspect de la chair de poule, soit au périnée (lichen
ı il revêt la forme des hachures de dessin, et s'accompagne de déman-
trêmes.

ıe du lichen est ordinairement très-longue, sujette à des recrudes-
à des récidives, et s'observe principalement à l'automne et au prin-
z les individus secs et nerveux, ou exposés au contact de substances
l ne paraît pas contagieux ; cependant Devergie admet cette contagion.
ıostic, en l'absence des papules, est assez difficile à établir, et les
signes, suivant Hardy, sont alors la sécheresse et l'épaississement de
ısi que l'exagération des plis. Ce qui augmente quelquefois les dif-
st le mélange des vésicules de l'eczéma aux papules du lichen, d'où
l'*eczéma lichénoïde* ou lichen eczémateux, appelé aussi *lichen*
nt la marche est rapide, aiguë, et qui se complique de sécrétion et
semblables à celles de l'eczéma. Il y a, en un mot, combinaison

LIME (Bruit de). — *Voy.* VASCULAIRES (Bruits).

LIPOTHYMIES. — *Voy.* SYNCOPE.

LOCHIES. — Quoique se rattachant aux suites immédiates de l'a ment, dont je n'ai pas à m'occuper dans cet ouvrage, je dois rappeler suppression annonce ordinairement l'invasion d'une phlegmasie accid plus souvent une *métrite*. Ollivier (d'Angers) a considéré aussi cette su comme une cause de congestion de la moelle.

LOCOMOTEUR (Appareil). — *Voy.* MUSCLES, MYOTILITÉ, SQUE

LOMBAGO. — *Voy.* RHUMATISME musculaire.

LOMBES. — Les régions lombaires, situées à droite et à gauche dernières vertèbres, et à leur niveau entre les côtes et la partie postér os coxaux, correspondent principalement aux deux reins, dont je n'ai pa cuper dans cet article (*Voy.* REINS). Mais ces deux organes sont recou des parois musculo-cutanées dont quelques particularités méritent l' C'est d'abord l'épaisseur considérable du muscle sacro-lombaire, uni côté en une masse musculaire commune avec le long dorsal et le tra épineux, et difficile l'ex du rein situé fondément; suite la dépre le palper con médiatement hors de cet musculaire, sion au nivea quelle se tro foyers d principaux d vralgie lomb nale, ainsi q connu Vallei avoir d'abord de chercher douloureux apophyses lombaires (N VRALGIE lom minale).

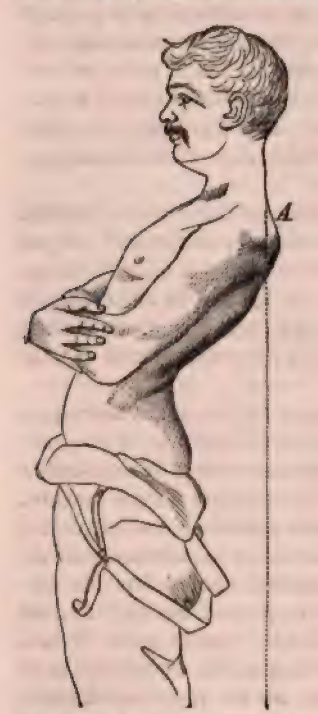


Fig. 123. — Lordose paralytique des spinaux lombaires (Duchenne).

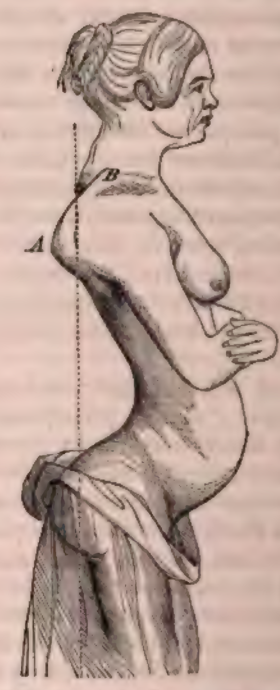


Fig. 124. — Lordose paralytique des muscles de l'abdomen (Duchenne).

Duchenne toute l'influ l'atrophie o ralysie des de cette r des muscles artagonistes exercent sur l'attitude du tronc. L'affaib musculaire des muscles sacro-spinaux produit une lordose dans l'équilibration nécessite le renversement en arrière de la partie su du corps, de manière que la ligne de gravité tombe en arrière du *fig.* 123, et que la flexion du tronc en avant produit une chute imp éviter. Il faut distinguer cette lordose de celle qui caractérise l'ensellure l'atrophie des muscles abdominaux, *fig.* 124, avec saillie des fesses, et dans

tre est « tellement développé par la dilatation immodérée de la masse jue la taille et le tronc se déforment; que plus tard la marche et la ›uvent se prolonger un peu sans provoquer de la fatigue et quelque- ıleur dans la région lombaire; enfin que des douleurs internes obli- ›r une ceinture qui vient en aide à la paroi abdominale impuis- ›utenir les viscères » (*Arch. de méd.*, 1866, t. VIII).

lombes que siégent une des variétés les plus fréquentes du *rhuma- ulaire* (lombago), et les douleurs que l'on observe au début de vres, notamment de la *variole*. Cette douleur est quelquefois atroce *re jaune* (coup de barre).

ICS. — *Voy.* ENTOZOAIRES.

SE. — *Voy.* DÉVIATIONS VERTÉBRALES, et LOMBES.

. — *Voy.* SCROFULIDES.

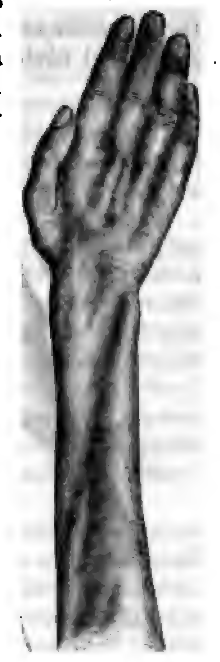
ANGITE. — *Voy.* ANGIOLEUCITE.

ATIQUE (Appareil). — Les vaisseaux et les ganglions qui l'appareil lymphatique ne sont pas tous également accessibles à ı. Les vaisseaux ne le sont pas chez l'homme sain, et les ganglions s ne sont sentis à la palpation que dans certaines parties, aux aines,

›mènes pathologiques que présentent les vaisseaux lymphatiques sont ceux de l'ANGIOLEUCITE, des *varices* ampullaires des troncs s, ainsi que des *varicosités des réseaux* lymphatiques soulevant (Fitzer, Demarquay, Cam. Desjardins), et dont l'ouverture laisse tte à goutte un liquide opalin, se coagulant à la manière du sang. juide est fourni par les plaies et les fistules lymphatiques, si dif- rir (*Voy.* *Thèse* de Binet, 1858). Ces varices des vaisseaux lympha- d'ailleurs assez rares; mais ce qui l'est encore plus, c'est l'inflam- *canal thoracique* qui, dans un seul cas rapporté par J. Worms

) rendent facile. Aussi lui ai-je emprunté les contre, *fig.* 125 à 132, qui montrent, bien ne le pourrait faire une simple description, la ces déformations comme signes. J'ai déjà, au (des Grecs), donné deux figures qu'on peut rappelles de cet article.





25. *Fig.* 126. Fig. 127.

trophie du court abducteur et opposant du pouce, empêchant le pouce d'être porté vers les de la même main (Duchenne).

trophie musculaire graisseuse de tous les muscles de l'éminence thénar. Le premier métaentraîné en arrière, sur le même plan que le deuxième métacarpien, par le long extenseur tagoniste des muscles qui concourent à l'opposition du pouce (Duchenne).

lain dont presque tous les muscles sont détruits par l'atrophie, ce qui donne aux doigts ne main de cadavre. Quelques faisceaux persistants du long extenseur du pouce entraînent étacarpien sur le plan du deuxième métacarpien.







Fig. 128. *Fig.* 129.

ets de l'atrophie isolée des faisceaux du fléchisseur sublime envoyés au médius et à l'annulaire.

aralysie et atrophie des interosseux consécutivement à la blessure du nerf radial, ce qui a ux doigts le pouvoir d'étendre les trois phalanges parallèlement à la direction des méta- premières phalanges se renversent sur les métacarpiens, et les deux dernières au contraire it, ce qui donne à la main la forme d'une griffe.

La main est en outre le siége de douleurs, qui ne présentent pas de partic rités intéressantes à rappeler, si ce n'est que les deux derniers doigts engourdis et douloureux dans la *névralgie cubitale*, et que les mêmes s

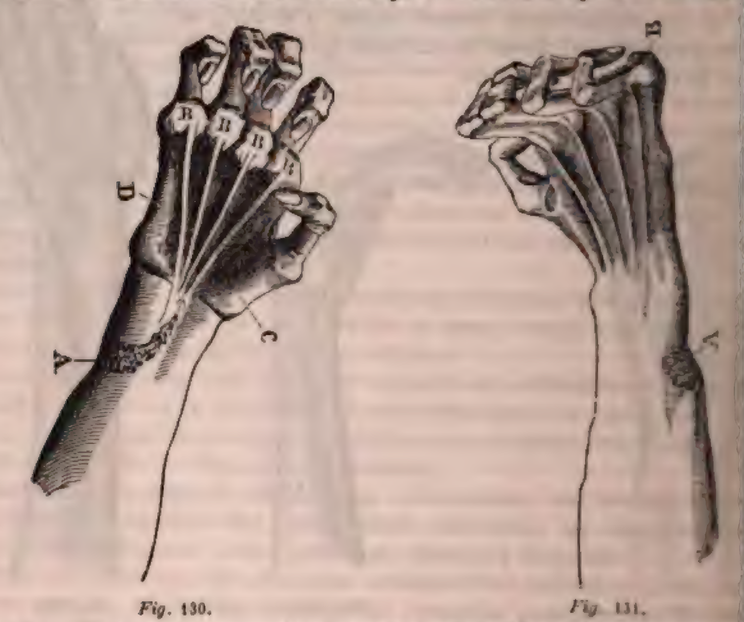


Fig. 130. *Fig* 131.

Fig. 130 et 131. — Main en griffe par paralysie atrophique des muscles de la main droite consécutive à l'ar rachement du nerf cubital. A, cicatrice de la lésion. B, B, B, B, têtes des métacarpiens hypert C, D, régions thénar et hypothénar. Les tendons extenseurs et fléchisseurs forment des reliefs q lèvent la peau (Duchenne).

s'observent principalement au niveau du pouce, si la névralgie occupe le radial.

Il arrive quelquefois que la main, sans présenter de déformation, sans êt siége de troubles de la sensibilité, ne peut exécuter certains mouvements



Fig. 132. — Paralysie et atrophie des muscles de la main consécutives à une luxation scapulo- (intra-caracoidienne) (Duchenne).

extension, par exemple, lorsque *les extenseurs sont paralysés*; la difficulté saisir de très-petits objets, comme cela arrive dans les *paralysies progress* ou incomplètes ; l'impossibilité d'écrire en ligne de gauche à droite, lorsqu'il

ie ou contracture des rotateurs de l'humérus (p. 238). Dans le as, il faudra soupçonner une intoxication saturnine ; dans le second, ion des centres nerveux ou des muscles qui servent à la préhension ; ernier cas enfin, il faudra rechercher, au niveau des muscles rotateurs, es accidents. D'autres fois l'impossibilité d'écrire provient non-seule- a contracture, mais des mouvements désordonnés des doigts, de leur ent ou de leurs contractions cloniques, ce qui constitue la *crampe des* (*Voy.* CONTRACTURES, ATROPHIE MUSCULAIRE, et PARALYSIES loca- *oy.* aussi ONGLES).

DIES. — Tous les auteurs des traités de pathologie interne se trou- ésence d'une difficulté capitale : celle de la classification générale des classification qui ne saurait, quoi qu'on fasse, se baser sur un prin- ue. Le cadre alphabétique de cet ouvrage nous fait heureusement à cette difficulté, puisqu'il donne place à toutes les entités morbides u même discutées, sans nous obliger à forcer les analogies ou les dis- s pour établir les espèces. Une nosographie méthodique est cependant ble au praticien, car elle est un des points d'arrivée du diagnostic ; onc rappeler en quelques mots comment j'ai compris, dans cet le cadre nosologique.

ondition de classification n'est admissible que dans les cas où elle r à la fois de moyen et de but au praticien, dans ses investigations Or, les renseignements obtenus, ou les particularités observées, le er à l'un des trois résultats suivants : 1° il détermine une maladie *ature étiologique* est bien connue; 2° sans pouvoir bien connaître étiologique de l'affection, il constate une *lésion anatomique* qui se directement ou indirectement par des signes caractéristiques; 3° ou il ne peut aller au-delà d'un groupe de symptômes caractérisant des dont on ignore la nature étiologique et qui n'ont pas de manifestation e apparente.

t la triple base de la nosologie acceptable au lit du malade. Il va sans pour arriver à spécialiser la maladie et ses particularités essentielles, grand compte aussi des distinctions conventionnelles qui sont du la pathologie générale, comme du groupement des maladies par ap- rganes ou par organes, dans lesquels se rencontrent principalement observés, ainsi que des distinctions des maladies en générales ou loca- uës ou chroniques, en continues ou intermitten'es, en épidémiques ques, en accidentelles ou congénitales.

DE BASSINE, ou DE VER. — Cette affection des doigts et de ui attaque les fileuses de cocons de vers à soie, a été décrite par le otton, de Lyon (1852). Il faut savoir que les fileuses, assises auprès ine remplie d'eau chaude, s'appliquent à dérouler et à réunir les fils des cocons détrempés et ramollis qui surnagent.

de bassine est une maladie locale essentiellement aiguë. Elle consiste lammation d'abord *érysipélateuse*, bientôt accompagnée d'une *érup- culeuse*, puis d'une *desquamation* qui peut terminer la maladie. is, aux vésicules succèdent ou se mélangent des *pustules* qui, sans iquées, ressemblent à celles de la vaccine, et occupent la main sur faces, et principalement les trois premiers doigts. Enfin l'éruption se complique quelquefois d'*inflammation phlegmoneuse* du tissu sous-cutané et des gaînes tendineuses, avec angioleucite.

actères de cette éruption, joints à la connaissance de la profession

des malades, en rendent le diagnostic facile. Suivant Gibert (*A méd.*, 1852), elle aurait été également observée chez des ouvriers in anglais qui s'étaient servis de caractères trempés dans la solution d'u cuivre.

Le mal de bassine n'est pas d'ailleurs une affection redoutable. Il jamais compromettre les organes affectés, même lorsqu'il se compli flammation plus profonde et de lymphangite, le pus, dans ce cas, une issue au dehors, du huitième au dixième jour, à travers les p dans leur voisinage.

MAL DE MER. — On désigne ainsi l'ensemble des troubles de tion dont souffrent, le plus généralement, les personnes qui se so pour la première fois, ou à de longs intervalles, aux oscillations d'un cation ou d'un navire. Les personnes impressionnables éprouvent analogues toutes les fois que leur équilibre est instable ou que leur passivement soumis à des mouvements d'ensemble, dont ils ne peuven ni l'amplitude ni la direction (Le Roy de Méricourt, *Guide du méd.* Valleix; 5ᵉ édit., t. I). L'escarpolette, la voiture, le transport à chan duisent des effets analogues au mal de mer chez certaines personnes.

Le diagnostic est des plus faciles lorsque, dans les conditions que j rappeler, on constate les symptômes suivants, qui sont de trois ordres des *vertiges* caractérisés par de l'étonnement, des tournoiements d font chanceler; puis des symptômes *gastriques*, malaise à l'épigastre vomissements, et enfin, si le mal a une certaine intensité, aux vomiss joint un *collapsus* profond qui fait tomber l'individu comme une mas indifférent pour lui-même et pour tout ce qui l'entoure, jusqu'à ce q mier effet de la mer soit dissipé ou que l'on touche la terre, ce qui tous les accidents. Cependant, suivant Sémanas, on pourrait éprouv littoral et sans naviguer, comme il croit l'avoir observé à Alger, les s d'un véritable mal de mer. J'ai donné des soins à une dame pour de accès de mal de mer survenant chaque jour à quatre heures de l'a et se dissipant après une heure de durée. Quelques jours avant l'app ces accès loin du littoral, cette dame en avait éprouvé un tout semb dant une promenade en mer qu'elle avait faite à Dieppe par un temps. Les accidents périodiques cédèrent facilement à l'emploi du quinine.

Le mal de mer constitue une affection qui est souvent extrêmemen et parfois très-prolongée, mais qui paraît n'avoir pourtant jamais occa mort.

MAMELLES. — Les maladies des mamelles *chez la femme* so palement chirurgicales. Comme signes se rattachant à des maladies conditions internes de l'économie, on rencontre la *turgescence accid* parfois douloureuse de ces glandes : dans le cours des *affections* après la disparition rapide des OREILLONS, au moment de la *menstru* pendant la *gestation*. La couleur brûnâtre des mamelons est souvent bon signe de la *grossesse*. Enfin on a rencontré quelquefois des lait exagérés au point de constituer une véritable maladie (*Voy.* G RHÉE).

Quoique à l'état rudimentaire *chez l'enfant nouveau-né* des deu les glandes mammaires offrent ceci de remarquable qu'elles sécrètent d se gonflent. Morgagni avait fait connaître ce phénomène d'une mani explicite, lorsque Gubler le signala formellement de nouveau (*Union méd.*

DIE DE BRIGHT. — *Voy.* Bright (Maladie de).
E. — *Voy.* Folie.
SME. — *Voy.* Amaigrissement.
HE. — *Voy.* Myotilité, Paralysies.
ICATION. — *Voy.* Maxillaires (Régions).
OIDIENNE (Région). — *Voy.* Tête.
TÉ. — 1° *Caractères.* — La diminution d'intensité du son que pro-
cussion thoracique, comparativement au son clair obtenu par le même
des caractères connus de tous lorsqu'elle constitue la matité franche,
mblant à la *chair frappée*, suivant l'expression d'Avembrugger, ou
du par la percussion médiate de la cuisse. Mais la matité, comme ex-
e la diminution d'intensité du son, présente des degrés ou des nuances
oins bien accentuées et qui ont reçu les noms de *submatité*, *son*
obscur. Je crois avoir démontré ailleurs (*Arch. de méd.*, 1855,
les sons mats de percussion varient autant par leur tonalité respective
ntensité; mais la science n'est pas encore bien fixée sur les applica-
ces principes à la pratique. Si je les rappelle, c'est pour signaler l'er-
laquelle on tombe quelquefois en attribuant à une matité légère cer-
rences de sonorité qui sont dues uniquement à de simples différences
(*Voy.* Percussion de la poitrine).
ctères de la matité, outre son degré plus ou moins bien accentué, se
ncipalement sur son siége, son étendue et la forme de son contour,
té ou sa mobilité, et enfin sur son origine. Une prétention inadmis-
elle qui veut assigner des caractères différents à la matité fournie par
parenchymes organiques, de même que celle qui veut démontrer que
de certains organes peut être délimitée par la percussion au milieu
sse de tissus aussi compacts que ces organes, comme la matité des
aux recherchée au niveau des lombes.

produire au niveau de la matité.

MAXILLAIRES (Régions). — Ces régions, qui correspon maxillaires supérieur et inférieur, sont le siége de douleurs et de tionnels qui servent à caractériser plusieurs affections du ressort d gie interne. Tels sont : les *douleurs névralgiques* des branche supérieure et inférieure de la cinquième paire; le phénomène du grincements de dents, la difficulté de la mastication (comme dans l' et certaines *stomatites*) et enfin la difficulté ou l'impossibilité d' mouvoir la mâchoire inférieure.

Cette impossibilité d'écartement peut dépendre d'une lésion *rh* ou de l'inflammation de l'articulation temporo-maxillaire, d'une muscles massèters ou des crotaphytes, d'une *pharyngite* aiguë, brides cicatricielles suites de *gangrène de la bouche* ou d'une *sto curielle*, comme Nélaton en a rencontré un exemple (*Gaz. des hô*

MÉDIASTINS. — Les organes nombreux qui occupent le peuvent subir un déplacement latéral par suite d'épanchements pl de tumeurs limitrophes. On y rencontre de plus les signes des lés carde, du cœur, des gros vaisseaux, du tissu cellulaire ou des gang serait superflu de rappeler ici. Des abcès (p. 4), et surtout des tum sont les lésions qu'on y rencontre le plus souvent; elles se manif palement par des accidents de compression des vaisseaux, des nerf duits qui se trouvent contenus dans les médiastins (*Voy.* POITRIN thoraciques).

MÉLANÉMIE, MÉLANOSE. — Depuis que Laennec a con lanose comme un tissu accidentel analogue au cancer, on a reconn sait dans cette affection d'une infiltration plus ou moins considéral pigmentaire ou de pigment dans les tissus normaux ou hétérom PIGMENT). La prétendue mélanose des poumons caractérisée par u tion noire ou d'un gris cendré, observée chez les mineurs par Brockm

élanotiques de l'œil lui-même, tumeurs récidivant sur place comme ncer. Demarquay a observé un fait remarquable de ce genre : une eur mélanotique de la cornée, grosse comme une lentille, était repa- avoir été excisée par Desmarres, et récidiva de nouveau après que l'eut enlevée lui-même une seconde fois. Six mois après, elle se dans un ganglion parotidien, puis forma une tumeur ganglionnaire le en arrière du cou, et enfin le malade succomba à des accidents qui furent attribués au développement d'une tumeur semblable dans Suivant de Græfe, les récidives se font de préférence dans le foie et s nerveux. Marjolin les a observées sur toutes les parties du corps hir., 1868). Le développement de ces mélanoses pigmentaires internes re diagnostiqué que comme tumeurs, dont la nature pigmentaire est si des tumeurs extérieures semblables existent. J'ai signalé un cas de asphyxie due à une tumeur mélanotique formée au niveau d'un gan- chique (*Rapport à la Soc. méd. des hôpit.*, 1861). Suivant Liselt, (en Allemagne), on pourrait diagnostiquer le *cancer mélanotique* r l'examen des urines; spontanément ou traitées par l'acide azotique, le e de potasse ou l'acide sulfurique, elles prendraient une couleur noire récipitation du pigment (*Voy.* PIGMENT).

nières recherches se rattachent aux travaux allemands sur la *mélané-* rie en vertu de laquelle la rate, ayant pour fonction de transformer s rouges du sang en pigment (Kolliker), principalement dans le cours intermittentes, ce pigment serait entraîné dans le torrent circulatoire oduire des infarctus emboliques dans les capillaires du foie et (après rsé le cœur et les poumons) dans les reins et le cerveau (Frerichs, s *maladies du foie*). Mais d'abord le point de départ de la transfor- s globules sanguins en pigment par la rate est une simple hypothèse ation, sur laquelle les auteurs allemands eux-mêmes sont loin d'être

douleurs la nuit (ostéocopes), sont autant de données qui feront im
entrevoir le siége anatomique de la douleur observée. Des douleurs
seront rapportées à des causes générales, comme celles qui ont
ARTHRALGIES.

L'ANESTHÉSIE ou l'HYPERESTHÉSIE de la peau ou des muscles d
la PARALYSIE générale ou partielle de ces muscles, leur ATROPHIE
sion de leurs mouvements, sont autant de troubles fonctionnels
suffisamment question, et que je n'ai qu'à rappeler.

L'exploration des membres se rattache également à la constat
phénomènes; mais de plus la *palpation* permet aussi de juger de l
de la résistance ou de l'induration des tissus, et l'*inspection* f
quefois d'autres renseignements particuliers qui sont loin d'être
Ce sont : d'abord des éruptions cutanées, qui occupent plus part
les membres supérieurs ou inférieurs; des déformations prove
trations ou d'altérations plus profondes, de lésions ou de courb
des positions particulières prises instinctivement, comme l'entre-cr
jambes dans la myélite, et l'immobilité dans la demi-flexion qui re
douleurs moins pénibles (rhumatisme); enfin des flexions forcées
contractures. Je donne ces simples indications pour montrer comm
pent les différents phénomènes que l'on peut rencontrer sur les me
le seul but de cet article (*Voy.* PEAU, TISSU CONJONCTIF, MYOTILITÉ
VASCULAIRE [Appareils], SQUELETTE).

MÉMOIRE. — *Voy.* INTELLIGENCE.

MÉNINGES. — Si l'on excepte les *fongus* de la dure-mère,
que les lésions observées au niveau des méninges et qui ont servi à q
maladies, occupent l'arachnoïde et la pie-mère, soit dans la cavit
soit dans le conduit vertébral, soit dans ces deux cavités à la fois.

Les maladies des méninges cérébrales sont : l'HÉMORRHAGIE
MÉNINGITE simple ou tuberculeuse, et l'HYDROCÉPHALIE chronique

donc examiner à part le diagnostic de ces deux espèces de méningite, ment chez les enfants, en signalant les particularités qui peuvent ez l'adulte. Je ne dirai rien de la méningite chronique, car elle ne se pendant la vie que par des phénomènes qui se rattachent à la PARA-ÉRALE, et qui ont été signalés par Bayle. Je terminerai par la ménin-e et cérébro-spinale.

ingite aiguë simple.

l'extrême rareté des faits de méningite aiguë simple, Rilliet a pu un nombre suffisant pour faire un bon travail sur cette maladie l.

ents du diagnostic. — Un début rapide caractérisé par de *violentes ns*, une *fièvre* intense avec *respiration très-accélérée* chez les jeunes ne céphalalgie très-vive, des vomissements, et bientôt une *agitation* précédée ou non de *somnolence* ou de *coma*, et avec *animation* du avec *pâleur* ou *hébétude*, la *photophobie* vers le début, le *stra-c* contraction, puis dilatation des *pupiles* : tels sont les principaux s de la maladie, qui a pour autre caractère habituel de se terminer en vingt-quatre ou vingt-six heures, mais qui peut se prolonger pen-à six jours, et très-rarement au-delà.

ctions diagnostiques — Malgré la précision apparente de cet en-régé des symptômes, le diagnostic de la méningite aiguë simple pré-difficultés incontestables, par suite de l'irrégularité des symptômes et ce de tout signe pathognomonique. Est-ce dans cette espèce de mé-l'enfance que H. Roger (*Arch. de méd.*, 4[e] série) a considéré comme athognomonique une diminution de la chaleur (constatée à l'aide du tre) intermédiaire aux deux périodes d'augment du début et de la fin die? Quoi qu'il en soit, lorsqu'on soupçonne l'existence de la ménin-des circonstances ou des particularités dont la constatation plus facile

— Dans l'*hémorrhagie méningée*, qui est souvent secondaire,
méningite aiguë simple est primitive, il y a bien des convulsions
il n'y a d'accélération ni du *pouls* ni de la *respiration*, et lors
même temps une *contracture des doigts et des orteils* signalée
ces signes suffisent pour éloigner l'idée de la méningite.

La *fièvre typhoïde* accompagnée de symptômes cérébraux a été
fondue avec la méningite franche chez l'adulte comme chez l'e
peut dire qu'alors la marche de l'affection typhoïde et les signes
ventre présente (météorisme, taches rosées, sudamina) peuv
éclairer le praticien. Valleix pensait que les épidémies de ménin
par Rilliet n'étaient probablement que des épidémies de fièvre t
cette dernière affection, comme dans les *fièvres éruptives* à leu
une *congestion cérébrale* qui peut se traduire par tous les sym
méningite la plus franche; aussi les erreurs de diagnostic sont
lières, et voit-on prononcer à tout propos le nom de méningite en

Enfin, d'autres affections sont parfois masquées par des phén
rents de méningite. C'est ce que l'on a observé avec des *entozoa*
avec l'*encéphalopathie saturnine*, et avec l'*hémorrhagie céré*
enfants (p. 497), avec le *tricocéphale* du cæcum chez l'adulte
confondu aussi l'*hémorrhagie méningée* avec la méningite aigu
sence de fièvre dans le premier cas établit une différence caractéri

Si les symptômes pris dans leur ensemble peuvent induire en
forte raison l'erreur sera-t-elle possible si l'on n'a égard qu'à
prédominant : la céphalalgie, le délire, la somnolence, les convul
missements (*Voy.* ces mots).

C'est sur cette prédominance de certains symptômes que Rill
pour établir deux formes de la méningite aiguë franche : 1° la form
caractérisée principalement par la *répétition coup sur coup de*
générales et violentes dès le début, par la *fièvre*, l'*accélération d*

l'une exsudation *tuberculeuse* des méninges; elle peut anatomique-
e aussi caractérisée par de simples exsudats inflammatoires granulés
ase du cerveau chez des sujets présentant déjà des tubercules dans
rganes, ce qui l'a fait dénommer *méningite des tuberculeux*. Les
ns de la base des méninges sont considérées par les uns comme
s à celles qui se développent dans les poumons et dans le péritoine
e de lésions qu'Empis rattache à la *granulie*), et par les autres,
riedreich en Allemage et Bastian en Angleterre, comme complétement
s, et constituant une lésion particulière. Bastian fait remarquer qu'au
etites productions fibro-plastiques dues à la prolifération des éléments
onnectif, elles sont caractérisées par une prolifération des noyaux épi-
l'intérieur des gaînes péri-vasculaires (*Edimb. med. Journ.*, 1867).
ice des dissentiments qui existent à ce sujet depuis longtemps, Trous-
sidérant que les lésions cérébrales dominent dans cette maladie, lui a
le nom de *fièvre cérébrale*, malgré la confusion regrettable qui en
en tout cas, il préférerait la dénomination d'*encéphalo-méningite* à
méningite tuberculeuse (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 3e édit., t. II).
, cette dernière appellation a prévalu. Le diagnostic de cette maladie,
in d'être rare, surtout chez les enfants, a été étudié avec soin.

nents du diagnostic. — Chez des sujets adultes déjà atteints de *phthi-
onaire* confirmée, et chez les enfants dans les mêmes conditions, ou au
une bonne santé *apparente*, on voit survenir les symptômes suivants :
ne *première période*, après une *céphalalgie* remarquable par sa
te et par sa violence, avec ou sans *somnolence* ou *agitation*, vo-
ts, constipation, fièvre, les phénomènes se caractérisent davantage.
ur de la face alternant avec des *rougeurs* fugitives, l'étonnement du
arfois un léger *strabisme*, une *céphalalgie* qui reste le symptôme do-
our le malade et qui s'accompagne, chez les enfants, de cris dits
phaliques, de *somnolence* légère avec intégrité ou seulement un peu

trent dans celle-ci, plus rares chez l'adulte que chez l'enfant; il en est d des *contractures* et des *paralysies partielles* (de la mâchoire ou de pière supérieure); la *pupille* est dilatée; la *sensibilité*, rarement ex bien plus souvent diminuée ou abolie (*anesthésies* diverses); les dé deviennent involontaires; enfin la langue se sèche, les gencives devien gineuses, les *vomissements* s'arrêtent; le *pouls* s'accélère en s'affai devient *irrégulier* et parfois *intermittent;* la *respiration* devient difficile, anxieuse; puis une prostration extrême, des soubresauts de te carphologie, etc., précèdent la mort.

La terminaison funeste arrive, dans la plupart des cas, après onze jours; mais, suivant Barthez et Rilliet, la maladie n'en peut durer que se prolonger soixante et soixante-sept jours. On a cherché dans l'op scopie des données de diagnostic dont la valeur sera discutée tout à l'h

2° *Inductions diagnostiques.* — La méningite tuberculeuse ou d culeux est une de ces affections qui ne se révèlent guère que par l'ense symptômes. Trousseau avait bien signalé, comme propres à la ménin taches rouges, persistant pendant un certain temps au niveau de la p ment frottée avec le doigt; mais ce phénomène se produit dans d'aut dies, notamment dans la pneumonie et la fièvre typhoïde (Troyes-E

De plus, on a constaté et étudié avec soin dans les dernières année des signes spéciaux à cette méningite, des lésions rétiniennes visibles thalmoscope, et auxquelles on a attaché une grande valeur diagnosti une question importante à bien connaître.

On avait signalé les lésions rétiniennes qui sont sous la dépend affections cérébrales chroniques (Ogle, de Græfe, 1860), lorsque Gale Bouchut constatèrent ces lésions dans la méningite. Galezowski fit se ches en partie à l'hôpital des Enfants malades et en lut le résultat à ophthalmologique de Paris en 1861. De son côté, Bouchut publia en 18 *des hôp.*, p. 226) une observation de méningite avec lésions rétinien statées sur sa demande par Desmarres, puis il poursuivit ses recher tant d'ardeur, qu'en 1866, il avait réuni trois cent trente-deux observatio ladies cérébrales, dont quatre-vingt-six méningites, avec examen ophthal que (*Du Diagn. des malad. du système nerveux par l'ophthalmoscop* — Il résulterait de ces recherches de Bouchut que, dans la méningite enfants, il se forme au fond de l'œil des lésions plus ou moins nombreu quefois uniques, beaucoup plus souvent multiples et combinées. Ce ser effets d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse : 1° la congesti papille; 2° l'œdème papillaire; 3° la dilatation, la fluxuosité et les va veines rétiniennes; 4° les stases et thromboses rétiniennes; 5° les hém de la rétine et les anévrysmes des veines rétiniennes. Ces lésions, con l'aide de l'ophthalmoscope, sont loin malheureusement d'être constante plus, elles se rencontrent dans d'autres maladies aiguës du cerveau (s tion par exemple); mais, selon Bouchut, ces lésions auraient quelqu vantage d'annoncer la méningite *dès son début*, à sa période de germ et de coïncider avec une *lésion intra-crânienne même éloignée du* é Cela lui a permis de localiser cette lésion au niveau d'un hémisphère, les lésions rétiniennes ont occupé *un seul œil.* La production de ces d lésions aurait lieu en vertu d'un obstacle mécanique au niveau des sin la circulation de retour du sang veineux de l'œil au cœur; ou bien par réflexe qui expliquerait les mêmes résultats intra-oculaires dans les m ...bro-spinales, par l'intermédiaire du grand sympathique anastomosé

térieures des deux premières paires dorsales. La figure 133 représente
s intra-oculaires.



Fig. 133.— Méningite tuberculeuse déterminée par un tubercule du cervelet ayant produit l'infiltration séreuse péripapillaire, la dilatation et la flexuosité des veines de la rétine, les thromboses des veines et les hémorrhagies rétiniennes. — P, papille du nerf optique. 1, congestion et infiltration séreuse péripapillaire. V, D, dilatation des veines de la rétine autour de la papille. VP, flexuosités des veines de la rétine. T, T, thromboses phlébo-rétiniennes. V, V, veines de la rétine. A, A, artère centrale de la rétine.

t la méningite ne se ter-
par la mort, les lésions
it il vient d'être question
nt. Il survient des lé-
flammation chronique :
e la papille; infiltration
, granulations tubercu-
graisseuses, et plaques
le la rétine; tubercules
roïde, et enfin atrophie
ne. La figure 134 mon-
ons constatées par Bou-
un de ces cas de ménin-
ique.
ski n'attribue pas, dans
ite, une aussi grande im-
ces lésions intra-ocu-
sont pour lui des névri-
névrites optiques. Il ne
naît rien de spécial,
s sont aussi fréquentes
s de tumeurs cérébrales
erses (kystes, hydatides,
, sarcômes, fibro-plastiques, abcès du cerveau). Il admet que la lésion
enne qui produit la
t occuper le voisi-
bercules quadriju-
des bandelettes op-
ur s'étendre aux
; que la névrite
l'origine cérébrale
ujours dans les
x, tandis que, dans
ns de l'orbite, elle
ulaire, avec exoph-
ec paralysies de la
n troisième paires,
ux en même temps
s *méd.*, 1868 et

que les signes four-
xamen ophthalmo-
e l'œil dans la mé-
ite tuberculeuse,
adictoires, et qu'ils
a netteté de signi-
l'on voudrait leur
en faire un moyen
tic de premier or-

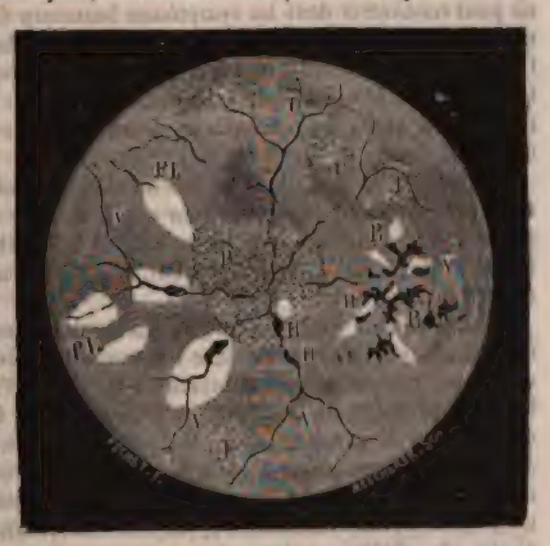


Fig. 134. — Méningite chronique ayant produit l'infiltration séreuse de la papille, les hémorrhagies et les exsudats albumino-graisseux de la rétine, ainsi que des taches pigmentaires. — P, papille complétement voilée par l'infiltration séreuse. PL, plaques laiteuses albumino-graisseuses de la rétine. II, plaques d'infiltration séreuse de la rétine. V, V, V, vaisseaux de la rétine interrompus par l'œdème. H, H, hémorrhagies rétiniennes. P, t, taches pigmentaires.

dre. Si l'on joint à la vague expression de ces signes la difficulté de l'exa ophthalmoscopique lui-même, on doit reconnaitre que c'est sur l'ensemble symptômes, quoiqu'ils soient rarement au complet, qu'il faut d'abord baser inductions, puis sur les autres particularités de la maladie dont il sera q tion tout à l'heure.

Parmi les symptômes dont la coïncidence est le plus caractéristique, je terai : l'apparition de la *céphalalgie*, dont la persistance chez les tuberc doit toujours faire redouter l'invasion prochaine de la méningite; les vomi ments, la constipation; la conservation de l'intelligence, le strabisme; le ra tissement du pouls et son irrégularité, lorsqu'il n'y a pas de fièvre; la som lence suivie de coma, et, dans ce dernier cas, l'expression de stupeur d physionomie, signe auquel plusieurs observateurs ont attaché une grand leur. Lund a fait un signe important de diagnostic d'une douleur des ge persistante, parfois très-violente, exagérée par tous les mouvements de l'a lation, sans tuméfaction, et occupant les deux genoux ou un seul (*Journ. Kinderkrankheiten*, 1865). Mais il n'a constaté ce signe que quatre fo trente sujets atteints sans contestation de méningite tuberculeuse.

L'évolution de la maladie a une importance capitale. Son invasion insi et graduelle dans la plupart des cas, la succession des phénomènes attri aux deux périodes, et enfin la rémission notable des symptômes, qui fréquemment (Guersant), sont autant d'éléments diagnostiques d'une g valeur. — Les données étiologiques ont moins d'importance, à part l'exis préalable de la phthisie, qui a lieu dans la grande majorité des cas.

Ces traits principaux suffiront, lorsqu'on les rencontrera, pour ne pas confondre la méningite tuberculeuse avec la *méningite simple*, qui est d'ai très-rare. Cependant il y a des cas où l'erreur sera facile; car, au lit du m on peut rencontrer dans les symptômes beaucoup de variétés qu'il est imp d'indiquer d'avance, malgré les nombreuses recherches des auteurs. J'ai Cochin un adolescent qui offrit tous les symptômes attribués à la mén tuberculeuse, et qui n'était sans doute atteint que d'un état congestif de ninges, car après une dizaine de jours de durée sa maladie guérit très dement.

La *fièvre typhoïde*, dans les cas où elle se développe d'une manière pr sive, peut aisément être prise pour une méningite tuberculeuse, et ce n'es par la marche ultérieure de la maladie et la constatation des signes carac tiques fournis par l'abdomen que l'on pourra, comme pour la méningite fra éviter l'erreur.

3° *Pronostic*. — La méningite tuberculeuse est extrêmement grave, rémissions qu'elle présente dans son cours ne doivent pas empêcher de p une issue très-probablement mortelle. Rilliet est l'auteur qui a rapporté le les plus probants de guérison (*Arch. de méd.*, 1853, t. II). D'autres fai été cités par Rouxeau (*Journ. de la Soc. academ. de la Loire-Infér.*, 1 J'ai vu moi-même guérir d'une méningite caractérisée par les symptômes le classiques de la maladie, et survenue graduellement, une jeune fille âgée de ans, délicate, sans tubercules apparents alors, mais qui mourut, quelques a après, de phthisie pulmonaire, sans que j'aie pu m'assurer de l'époq laquelle les signes physiques de la tuberculisation du poumon appar Ne doit-on pas considérer ici la méningite comme d'origine tuberculeuse? interprétation me paraît légitime.

III. **Méningite spinale**.

Beaucoup d'auteurs se sont occupés de la méningite rachidienne ou spi

s; plus rarement *tremblements musculaires* dans les extrémités
;. — La deuxième période, qui peut marquer d'emblée l'invasion de
, débute avec la fièvre, et se caractérise par de nombreux symptômes,
rattachant à la réaction fébrile, les autres directement aux lésions
idiennes, et un troisième ordre de symptômes se manifestant dans
excentriques qui reçoivent les nerfs rachidiens. On peut les résumer
suit : *fièvre intense* avec élévation notable de la *température*, *trans-*
ibondante, *soif* vive, *turgescence considérable de la face*, avec ou
alalgie, *vertiges* et *bourdonnements d'oreille*; *pouls* le plus souvent
régulier, grand, plein et assez dur; du côté de la sensibilité et du
it : *douleur* constante, profonde, tensive ou térébrante le long du
aspérée et intolérable au moindre mouvement; *contractions spasmo-*
s muscles du dos, que certains auteurs, comme Ollivier, ont quali-
tanos et d'opisthotonos, ce que Kœhler n'admet pas, quoiqu'il définisse
es comme des contractions toniques, qui donnent aux muscles une
on persistante et une dureté pierreuse. Enfin d'autres symptômes ont
ce dans l'irritation des racines, tant antérieures que postérieures,
rachidiens. Ce sont : des *douleurs* par élancements ou irradiations
dent de la colonne vertébrale aux extrémités, ou, du moins, des
es, des tiraillements, des fourmillements; outre ces douleurs, qui
nent défaut, il y a assez fréquemment une *hyperesthésie* cutanée
berger) et des *contractions spasmodiques* localisées suivant la
siége la méningite; enfin, du côté des viscères : une *dyspnée* constatée
part des auteurs, ainsi que la *constipation* et des *troubles de la*
— La troisième période comprend les diverses terminaisons de la
ar la *guérison*, le *passage à l'état chronique* ou la *mort*, la réso-
nnonçant par des *crises* diverses qui seront rappelées plus loin.
ictions diagnostiques. — Une rachialgie très-intense avec contraction
ie des muscles du rachis, hyperesthésie cutanée, irradiation doulou-

tion des phénomènes de la seconde période. — Qu'ils soient ou non précé
prodromes, ces phénomènes sont assez caractéristiques par eux-mêmes
que le diagnostic puisse être précisé dans les faits où ils sont suffis
accentués, ce qui malheureusement n'arrive pas toujours, comme nous le
plus loin. Une fièvre intense, se déclarant quelquefois d'emblée, et
une douleur rachialgique parfois atroce, une contraction comme tétani
muscles du rachis, des irradiations douloureuses dans les membres,
une hyperesthésie cutanée, la conservation de l'intelligence, la dysp
dysurie, la constipation, ne peuvent, lorsqu'ils sont réunis, laisser de
sur l'existence de la maladie intra-rachidienne. D'autres symptômes
portants peuvent encore venir corroborer le diagnostic : ce sont les tre
ments musculaires, qu'Albers (de Bonn) a eu le tort de considérer
pathognomoniques, et les *secousses musculaires* subites, qui ont été ob
par plusieurs auteurs.

L'évolution et la marche de la méningite cérébro-spinale fourniss
des données utiles dans certains cas. L'attention doit surtout se fixer s
volution de la maladie à partir du moment où les phénomènes sont franc
caractérisés. — Suivant Kœhler, la résolution complète se fait quelquefois
ment, quelques heures seulement après l'invasion des symptômes caracté
et dans l'espace de quelques jours, pendant lesquels il y a des *sueurs abon*
ou des *dépôts abondants* d'acide urique dans l'urine. Mais y a-t-il vér
ment méningite en pareille circonstance? C'est ce que je discuterai pl
— D'autres fois la résolution se fait lentement et il persiste de la consti
des hémorrhoïdes, de l'incontinence des matières fécales et de l'urine, et
blissement des extrémités inférieures. Kœhler insiste sur l'importance des
qui seraient en rapport avec les causes de la maladie.

La considération des causes connues de la méningite spinale a une
valeur diagnostique, surtout au point de vue du traitement. Au milieu des
nions si confuses sur l'étiologie, Kœhler a cherché à démêler la véri
selon la remarque de Fritz, il a fait à ce sujet la meilleure analyse q
connaisse des observations publiées. La *diathèse rhumatismale*, l'i
tion, et la disparition rapide de l'éruption d'un *exanthème aigu*, so
causes prédisposantes incontestables; mais il n'en est pas de même
suppression de certaines sécrétions normales ou pathologiques, et des
tions pathologiques dans lesquelles se développe la méningite spinale. A
ception du *spedalsked* (lèpre du Grecs), et peut-être de la *syphilis*,
en effet difficile d'admettre l'influence de toutes les maladies qui
mises en cause comme origines de la ménigite spinale : l'intoxication palu
fièvre typhoïde, le choléra et diverses intoxications, par exemple.

Il n'y a pas lieu, dans le diagnostic différentiel de la méningite spi
comparer cette maladie à l'*hydrorachie aiguë* de Frank, puisque les ép
ments séreux aigus se rattachent précisément à la méningite spinale, co
fait remaquer Fœrster. — L'état du pouls et les troubles de la sensibilité
la myotilité ont des caractères différents dans la méningite spinale et la my
qui permettent de distinguer les deux maladies à moins qu'elles n'existent s
tanément, comme cela se voit quelquefois. Le pouls est à peu près toujours
lier, grand, plein et assez dur dans la méningite, en même temps que les
bles sensitivo-moteurs ont un caractère irritatif. Dans la myélite, ces tr
sont paralytiques, et le pouls est le plus souvent mou et irrégulier, ou bi
est dur, il est très-petit et également irrégulier. — Le *tétanos* a de telles
logies avec la méningite spinale, que certains auteurs ont confondu les

siste sur la confusion possible de la maladie qui m'occupe avec la
de la moelle. Cette hyperémie me paraît avoir existé dans les faits rapportés par Gauné, de Niort, dans les *Archives de médecine* et que j'ai rappelés page 224. Leur terminaison rapide par la guérison un cachet particulier, que l'on retrouve, à mon avis, dans le groupe gites spinales de Kœhler, qu'il signale comme exemples de résolution rapide, survenant quelques heures seulement après l'invasion des caractéristiques.

rences de caractères du pouls, auxquelles Kœhler, comme on l'a vu, grande importance dans le diagnostic de la méningite comparée à fections, montreront peut-être, dans l'emploi du sphygmographe de caractéristique plus nette. C'est une réflexion que me suggère une iredey lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris (*Bulletin et*, 1868) à propos d'un fait de méningite spinale qui présentait une telle des phénomènes symptomatiques, que la maladie ressemblait à *typhoïde* à son début. Siredey eut l'idée d'avoir recours au sphygmo- r constater l'état du pouls. Or, il ne fut pas peu surpris d'obtenir, au crotisme du pouls de la fièvre typhoïde, à laquelle il croyait avoir ligne de descente *irrégulière à son origine*, *avec de fines ondula- mant des* qui dis- t à la réu- deux pre- de cha- de des- 35. L'exa- oscopique

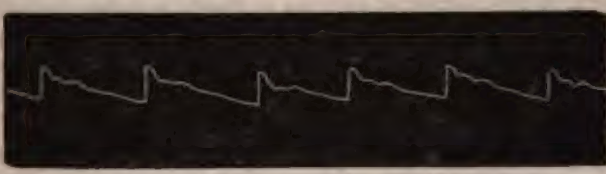


Fig. 135. — Pouls dans une méningite spinale (Siredey).

existence de la méningite (qui était suppurée), et qui avait fait admettre, ort, ce tracé du pouls rapproché des douleurs très-vives des reins, ulté que le malade avait à s'asseoir sur son lit, de la constipation, etc.

gite ne présente pas de particularités qui méritent une mention s

Comme complications auxquelles on peut s'attendre, on a signal aiguës des poumons et du cœur, qui peuvent n'être aussi que la la localisation de la méningite à la région dorsale, dont il vient Lorsque ces affections sont vraiment des complications, elles d'une affection aiguë du foie et du cerveau, ce qui alors simule p une affection typhique. Il y a, dans ce cas, une fièvre intense, des secousses musculaires, du délire, une hyperesthésie considérable comme terminaison. Cet ensemble de phénomènes, joint à celui spéciale proprement dite, semble plutôt caractériser la méningite c dont il va être question ci-après, que la méningite spinale ave Le trait d'union entre la méningite spinale et la méningite céré leurs si facile à comprendre que, pour certains observateurs, par exemple, la méningite rachidienne s'étendrait presque toujo ges cérébrales. L. Gros (*Union méd.*, 1859) a cité des faits à l opinion.

3° *Pronostic.* — La gravité de la méningite spinale est subo foule de circonstances ou de particularités présentées par la mal sujet qui en est affecté. Il est clair que cette affection, très-grave l'est surtout par l'intensité de la fièvre, par une dyspnée exce complication cérébrale, pulmonaire ou autre, par l'extension de l la moelle épinière, et par le tétanos, qui peuvent entraîner la m à l'état chronique est une terminaison insidieuse non moins grav dive. Enfin dans les cas rares de guérison, surtout lorsqu'elle es lieu de se demander, comme je l'ai dit déjà, s'il n'y a pas une congestive au lieu d'une inflammation.

IV. **Méningite cérébro-spinale.**

Considérée comme affection *sporadique*, la méningite cérél plus souvent simple et parfois aussi tuberculeuse, résulte simplen

ı rencontrer dans les recherches qui ont pour objet les maladies épi-
ı.
st pas généralement d'accord sur la nature de cette maladie, que les
idèrent, non comme une inflammation, mais comme de nature mias-
et que d'autres regardent comme un typhus. C'est Boudin qui a le plus
ment défendu cette dernière opinion. Pour lui (*Arch. de méd.*, 1849),
gite cérébro-spinale épidémique n'est qu'une espèce de typhus déjà
ar nos devanciers, et dont les caractères étaient les mêmes que ceux de
;ite cérébro-spinale. Si l'on peut se fonder réellement, comme Boudin
ır l'absence des lésions caractéristiques de l'inflammation, ce caractère
oint à la nature épidémique de la maladie, ne permet pas d'admettre
sse ici d'une simple inflammation des méninges cérébro-spinales.
ments du diagnostic. — Cette maladie a des expressions symptoma-
s-variées, comme on le verra plus loin; aussi vais-je simplement expo-
'd le tableau général de cette affection, tel que l'a résumé Tourdes.
aladie débute par une *céphalalgie cruelle* accompagnée de *vertiges*,
es, de *vomissements;* la douleur se propage *à la nuque et au rachis*,
nt les extrémités; les idées s'égarent, la *connaissance se perd* et le
t en proie à une *agitation convulsive;* la tête est renversée en arrière ;
ouge ou *pâle* offre l'expression de la douleur; la température de la
normale ou diminuée, le *pouls* naturel ou ralenti. Cet état dure jus-
sième jour, époque à laquelle se développent une *éruption labiale*
les *pétéchies*, les *taches* lenticulaires et les *épistaxis;* l'*urine* devient
· et sédimenteuse, la *constipation* est opiniâtre. Bientôt la connais-
ıraît, et avec elle le sentiment des douleurs. Une *amélioration* légère
ste; elle fait naître des espérances qui se réalisent rarement; les phé-
cérébro-rachidiens reprennent leur acuité; la *réaction fébrile* s'al-
angue jaunit, rougit et se sèche; la *diarrhée* succède à la constipa-
it les symptômes nerveux conservent leur violence jusqu'au dernier
antôt ils se calment et persistent opiniâtrément avec une intensité
Leur marche est entrecoupée de *rémissions* et d'*exacerbations*. La
et l'*amaigrissement* font d'effrayants progrès; la réaction fébrile revêt
typhoïde ou *hectique*, et le malade expire dans le *marasme* après
ille agonie. Si l'issue doit être heureuse, les accidents ne se calment
nteur; une *longue et périlleuse convalescence* précède le rétablisse-
ı santé. »
ajouter à cet exposé sommaire des principaux phénomènes, que la
· cette maladie est continue, mais avec des *exacerbations* et des
s fréquentes; que sa durée est de quinze à vingt-cinq jours en moyenne,
le peut se terminer en vingt heures par la mort, ou se prolonger plus
ois en cas de guérison, ou même en cas d'issue funeste.
ctions diagnostiques. — Pour montrer combien il est difficile de se
s le diagnostic d'après une description générale des symptômes, il
ire remarquer que l on a admis jusqu'à *onze formes* symptomatiques
de la maladie, suivant la prédominance de tel ou tel phénomène.
variable, en effet, non-seulement suivant les épidémies, mais encore
cas d'une même épidémie, comme les allures de cette affection. Il
là que la considération de la forme devient la question dominante du

Dans le premier groupe (prédominance des symptômes cérébro-spina trouvent : 1° la forme *foudroyante*, qui enlève rapidement les mala milieu de la santé la plus parfaite, ordinairement avec des symptômes po plus haut degré de violence ; — 2° la forme *comateuse convulsive*, qui jours été rapidement mortelle et sans réaction fébrile, comme la préc sans doute en raison de la rapidité de leur marche fatale, la fièvre n'ap sant ordinairement, dans cette maladie, que peu de jours après le dé 3° la forme *inflammatoire*, dans laquelle un mouvement fébrile inte développe, et dont la marche est pourtant moins rapide ; — 4° la forme *ty* que l'on ne saurait conserver, car il s'agit dans ce cas simplement de typhoïdes épidémiques avec prédominance de symptômes cérébro-spin effet, Tourdes a compris dans cette forme de véritables affections typhoïd lésions intestinales caractéristiques, compliquées d'inflammation de la pi et dont il rapproche des cas exceptionnels, bien douteux à mon avis, da quels la fièvre, le délire, l'apparition des symptômes gastriques, les ép les taches rosées, les pétéchies, et même les parotides, auraient ex l'absence de lésions intestinales ; — 5° la forme *douloureuse* ou *né* une des moins graves, dans laquelle le coma, les convulsions et le délire plus l'expression principale de la lésion des centres nerveux, et où la so est le phénomène prédominant ; les douleurs ont pour siége la tête et le ou toute la surface du corps, et entraînent une agitation extraordinai mouvements désespérés pour échapper aux atteintes du mal, et une ex passagère des facultés intellectuelles ; — 6° la forme *paralytique* (p partielle), qui serait fort rare ; — 7° la forme *hectique*, qui entraîne toujours la mort, et qui est caractérisée par la longueur de la maladie et sistance des symptômes : après l'invasion subite, prompte diminution d dents conservant une intensité moyenne ; par intervalles, douleurs lég nulles, délire calme avec hallucinations, prostration des forces extrême grissement rapide, diarrhée fréquente ; progrès effrayants du maras l'influence de la lésion profonde de l'innervation.

Les formes dites *cérébrales* sont : 8° la forme *comateuse*, qui est fr ment suivie de mort, tandis que les suivantes se terminent le plus par la guérison ; — 9° la forme *délirante*, dans laquelle le délire quent, rarement tenace, mais parfois remarquable par son acuité et s tance ; — 10° la forme *céphalalgique et délirante*, dans laquelle les sons sont rapides, quoique les symptômes semblent annoncer au début grand danger ; — 11° enfin la forme *céphalalgique* sans phénomène diens, tantôt suivie d'une prompte guérison et tantôt d'une longue co cence.

Il me paraît probable que ces trois dernières formes correspondent simple congestion céphalique, développée sous l'influence épidémiqu montrent que si l'on conserve à la maladie la dénomination d'inflamma méninges cérébro-spinales, c'est parce qu'elle est connue sous ce titr est impossible de remplacer par un autre, par défaut de connaissances su sur sa véritable nature.

Ces différents symptômes empruntent surtout leur valeur au *caractère* *mique* de la maladie, à son développement presque exclusif chez les mil principalement chez les nouvelles recrues, plus rarement dans les pris dans la population civile, où l'on a rencontré l'affection dans les deux sex l'adulte, chez les jeunes gens, et même chez les enfants (en Irlande). *Les* *nées* étiologiques du diagnostic sont d'ailleurs très-obscures ; et la co

ne, qui a été donnée comme preuve de la nature typhique de la maladie
gnat (de Lunéville), n'est pas généralement admise.

st d'ailleurs qu'au début d'une épidémie, et à propos du premier fait
que l'on pourrait hésiter à formuler le diagnostic, car dès qu'il en exis-
petit nombre de cas, l'invasion subite des symptômes encéphalo-rachi-
rvenant dans les conditions que je viens de rappeler, l'évolution rapide
ptômes et la succession habituelle des phénomènes nerveux intenses
lébut, de la réaction fébrile ensuite, et enfin de l'affaiblissement, de la
ion, et du marasme à la dernière période, sont des données qui, réunies,
ront au praticien de se prononcer. Siredey, dans la note citée à propos
éningite spinale, donne l'observation d'une méningite cérébro-spinale
que, dans laquelle le tracé sphygmographique dupouls a offert des carac-
la ligne de
analogues à
ont été rap-
. 627, *fig.*
comme on
reconnaître
figure 136
. Il est pro-

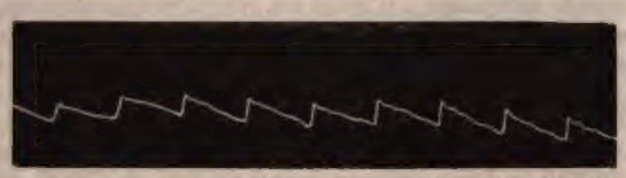


Fig. 136. — Pouls dans une méningite cérébro-spinale sporadique (Siredey).

e l'étude du pouls, faite à l'occasion sur une large échelle, ainsi que
la température, jetteront quelque jour sur la maladie qui m'occupe.

quelques autres symptômes auxquels on a attaché une valeur particu-
ais dont plusieurs varient nécessairement suivant les épidémies. Tels
céphalalgie et la rachialgie cervicale, parfois atroces, *sans être exagé-
la pression;* des douleurs de même nature occupant les membres (les
s surtout); une hyperesthésie cutanée excessive et rarement l'anesthé-
roubles convulsifs violents (cloniques ou toniques) de la myotilité, par-
remblement nerveux analogue à celui du *delirium tremens* (Forget);
tions cutanées de *taches* d'un brun foncé ou d'un pourpre vif, persistantes
a pression, parfois des taches noires mal circonscrites, ou des éruptions
iformes de miliaire rouge, d'impétigo (Lefèvre), d'herpès labialis étendu
usqu'aux narines, aux paupières, et même au cuir chevelu, à la poi-
que Tourdes regarde comme ayant une haute valeur séméiologique,
'il l'a rencontrée dans les deux tiers des cas de l'épidémie qu'il a dé-

urrait confondre la maladie avec la méningite aiguë simple, la fièvre
ente pernicieuse, le tétanos, et surtout avec la fièvre typhoïde.

e distingue d'abord de la *méningite simple* non-seulement par la plus
ntensité de ses symptômes, mais encore par son caractère épidémique.
vre pernicieuse cérébrale, apoplectique ou délirante, ressemble bien
par la rapidité de l'invasion et par les symptômes eux-mêmes, à la
e cérébro-spinale; mais l'intermittence ordinairement bien marquée
e dans cette fièvre, une fois le premier accès passé, et qui manque
néningite, suffit à un praticien attentif pour lui faire éviter l'erreur. —
étanos, la marche graduelle des accidents convulsifs, surtout l'absence
d'intensité des symptômes cérébraux, et souvent la connaissance de
particulière de l'affection, telle qu'une piqûre ou une blessure, em-
de la confondre avec la maladie cérébro-spinale. — Quant à la *fièvre
e*, elle n'a pas un début rapide comme la méningite cérébro-spinale,
é de la céphalalgie, dans le premier cas, n'est pas aussi atroce; elle

n'est pas graduellement croissante, elle s'accompagne immédiatement
et de signes abdominaux plus ou moins graves ; tandis que, dans la n
cérébro-spinale épidémique, les caractères opposés se rencontren
laissent pas de doutes au médecin. Cependant on a vu plus haut q
certaines circonstances, la confusion a pu être faite.

On ne peut arriver à reconnaître pendant la vie l'étendue ou le de
lésion qui caractérise anatomiquement la maladie dans la plupart
aucun signe ne peut indiquer positivement s'il y a seulement injection
mation simple ou suppuration, ou même s'il y a absence de ces lésion
s'est vu dans un certain nombre de cas suivis de mort. Cela ne pe
ainsi que je l'ai dit plus haut, de voir dans cette maladie une simple n

Presque jamais on n'observe d'infirmités consécutives à la méningite
spinale épidémique ; et quant aux *complications* suivantes, survenant
cours, et qui sont plus ou moins graves, elles se montrent rarement
quence des *troubles digestifs* a pu faire penser qu'ils se rattachai
véritables complications. On peut rencontrer du côté des organes res
la *bronchite*, la *pneumonie*, la *pleurésie*, la *péricardite* ; parfois il
venu une *arthrite* du genou. Enfin on a vu quelquefois apparaître d
évidents de *fièvre typhoïde* dans le cours de la maladie. La méningite
précédé en pareil cas la fièvre typhoïde ? Cela ne me paraît nullemen
car il est possible que la fièvre typhoïde, d'abord méconnue, se soit e
compliquée de méningite.

3° *Pronostic*. — La méningite épidémique ne peut être classée
grandes épidémies qui envahissent une vaste étendue de pays. Cela est
car elle est très-meurtrière, puisqu'elle enlève plus de la moitié
atteints, soit en ville, soit dans les hôpitaux. Dans l'enfance, et a
quarante ans, presque tous les cas sont mortels. Les signes fourn
lésions de la moelle épinière ont toujours été les plus fâcheux, et l'
des symptômes cérébraux a été au contraire d'un heureux augure. J'ai
indiqué, à propos des formes diverses de l'affection, le pronostic variab
les principaux symptômes qui les caractérisent. Je dois ajouter que la d
prompte des accidents les plus graves est loin d'amener toujours u
naison heureuse.

MÉNOPAUSE. — *Voy.* MENSTRUATION.

MÉNORRHAGIE. — L'écoulement sanguin menstruel exagéré
a donné ce nom, lorsque l'hémorrhagie se répète périodiquement, a
origines qu'il ne faut pas perdre de vue dans la pratique. La ménorrh
stitue assez souvent, chez les jeunes filles, le caractère distinctif d'u
de chlorose (celle dite *ménorrhagique*). Chez des femmes plus âgée
la soupçonner symptomatique d'une affection de l'utérus, d'une métri
que, ou d'une lésion organique plus grave. Dans ces derniers cas, o
quelquefois, mélangés au sang, du mucus ou des matières purule
éclaireront le médecin sur l'origine des accidents ménorrhagique
nécessiteront une exploration des organes génitaux de la femme. Aran
ménorrhagie dite chlorotique beaucoup plus rare qu'on ne le pense, pa
explore alors très-rarement l'utérus, qui peut être lésé (*Leçons sur l*
dies de l'utérus, p. 307). Raciborski le pense également, et il se dem
mesure qu'on aura étudié davantage les altérations histologiques de
on ne verra pas diminuer le nombre des ménorrhagies attribuées à u
générale de l'économie (*Traité de la menstruation*, 1868).

MENSTRUATION. — Une première question concernant la mens

ıe ses données physiologiques ou pathologiques ont d'utile au diagnostic lies, est celle des limites de la période menstruelle.

ut plus ou moins prompt de la menstruation, chez la femme, est su-, suivant Raciborski, à la puissance du *sens génital*, qui se manifes-· la ponte spontanée, se continuant périodiquement pendant toute la la période menstruelle (*Traité de la menstruation*, 1868). Cette con-l'organisation, qui se termine dans la vie d'autant plus tard, en général, développe plus tôt, se manifeste par une première époque menstruelle ›ntre à treize, quatorze, quinze ou seize ans chez la plupart des jeunes t en pouvant survenir plus tôt, et même dès l'âge de huit ans. La diffé-: climats ou plutôt de la température moyenne (Raciborski), l'aisance, té, le régime alimentaire, etc., modifient le début de la période mens-ıns ces simples différences de trois à quatre années dans la très-grande des faits. Les températures plus chaudes et l'habitation des grandes dent en général ce début plus hâtif. — Quant à la cessation des règles, entre vingt-huit à trente ans d'une part, et cinquante-cinq ou même :-huit ans d'autre part, l'âge moyen comprenant la période de quarante-inquante ans (quarante-six ans environ en moyenne, suivant Raci-Dechambre).

ıites d'âges que je viens de rappeler ne sont pas d'ailleurs absolues ; et garder de considérer comme morbides un retard relatif ou une méno-:ıcipée, si aucun trouble notable dans la santé ne les accompagne.

ubes morbides de la menstruation m'ont occupé déjà ailleurs (*Voy.* AMÉ-. DYSMÉNORRHÉE, HÉMORRHAGIES par le vagin, MÉNORRHAGIE, RÉTEN-ussi n'ai-je à rappeler ici que les influences générales de la menstruation ›duction de certains troubles morbides, et au contraire les influences lies sur la menstruation elle-même.

la première menstruation, on voit survenir des accidents plus ou moins › qui se rattachent bien évidemment à la première évolution mens-uisqu'ils cessent dès qu'elle apparaît. Suivant Brierre de Boismont, :nt quarante-cinq femmes, un tiers auraient été averties de la première des règles par des accidents plus ou moins graves. Moutard-Martin 846) élève la proportion aux deux tiers. Selon Raciborski, tout ce qui es ovaires se congestionne alors facilement. Il n'est pas rare de voir des lu côté de la vessie, tels que des *rétentions* ou des incontinences d'u-lquefois de l'*hématurie*. L'excitation des ovaires peut aller jusqu'au ne véritable phlegmasie, et provoquer des mouvements fériles (*ouv. cité*, l peut y avoir quelquefois des troubles nerveux, des syncopes plus ou ›étées par exemple, et même des convulsions, accidents qui cessent près la première apparition des règles (Dupont, *Thèse*, an XIII).

les phénomènes qui surviennent alors, Moutard-Martin signale comme fréquents ceux de la congestion utérine (*Voy.* p. 231), assez souvent a chlorose, plus rarement des névralgies externes, la gastralgie et l'en-:ıdépendantes de la chlorose, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, les con-partielles, les furoncles, l'eczéma, l'acné, les abcès. Il faut y joindre ›rrhagies par d'autres voies que l'utérus (supplémentaires), et, avec e Boismont, les perversions de l'odorat, du goût, la surdité et même ·· momentanée.

e la menstruation est établie, on voit le retour des périodes mens-accompagner quelquefois ou être précédé de troubles nerveux divers, ne, de toux spasmodique (*Voy.* COQUELUCHE, p. 245), de convulsions,

et même de congestion de la moelle. Les hémorrhoïdes et l'herpès labia rencontrent aussi dans les mêmes conditions.

Dans des recherches intéressantes sur l'influence des maladies aiguës fé sur les règles et réciproquement (*Actes de la Soc. des hôpit.*, 1852), Hé établi : que l'éruption menstruelle ne prédispose en aucune façon aux mal qu'elle n'exerce aucune influence sur l'issue des maladies fébriles; et enfi la marche et la terminaison de ces maladies sont les mêmes, quelles que les conditions des menstrues.

A l'époque de la *ménopause*, la cessation de la menstruation prod accidents pléthoriques, hémorrhagiques, ou nerveux. Cependant Rac croit que les accidents dits pléthoriques sont au contraire anémiques. Il pas oublier que le vulgaire exagère outre mesure l'influence nuisible de nopause, et lui attribue tous les maux qui se déclarent à cette époque d de la femme.

L'influence des maladies aiguës sur les règles se manifeste de la mani vante : l'écoulement sanguin est supprimé, si l'invasion a lieu *pendant riode menstruelle*, puis le sang reparaît bientôt, mais en moindre abon ce qui fait que la malade attribue souvent les phénomènes qu'elle éprou suppression. Quand l'invasion a lieu *dans l'intervalle* des règles, le m ment fébrile peut favoriser leur manifestation si l'époque prochaine n' éloignée du début de la maladie. L'époque qui tombe pendant la période d sante non fébrile de la maladie, ou pendant la convalescence, manque ordinairement, ou bien, si elle a lieu, l'écoulement est notablement di Enfin, l'aménorrhée consécutive, quelquefois persistante, ne s'observe en général, pendant plus d'un à trois mois.

Quant à l'influence des maladies chroniques sur les règles, on sait q la suspension prolongée est fréquemment observée dans leur cours.

MENSURATION. — Envisagée dans sa signification la plus large, l suration comprend plusieurs moyens d'apprécier l'étendue ou le volu organes, ou de certaines lésions. La palpation, la percussion, l'auscul l'inspection même, peuvent donner une idée plus ou moins nette de l'é *en surface* de l'organe ou de la lésion qui fait l'objet de l'exploration. Q la mesure en profondeur, elle ne saurait être aussi bien appréciée de la manière; et ce n'est que très-approximativement que l'on peut juger par sation de résistance à la palpation du degré d'épaisseur des organes. forte raison ne saurait-on admettre que l'on puisse constater l'épaisse organes à l'aide de la percussion, comme l'épaisseur des parois du cœur qu'on l'a prétendu.

On a plus spécialement appliqué le mot mensuration à la méthode qu siste à se servir d'un ruban gradué, ou de tout autre instrument analogue juger du volume absolu ou comparatif de certaines parties du corps. C'es particulièrement aux membres, et surtout à la poitrine, que cette mé d'exploration a été appliquée. La mensuration de la poitrine mérite d'être minée à part.

Mensuration de la poitrine.

Elle peut être employée pour résoudre certaines questions scientifique pour fournir des données utiles à la pratique. Malgré son avantage inconte dans plusieurs circonstances, un très-grand nombre de praticiens ne l'uti jamais. Cette abstention de la mensuration thoracique n'est nullement raiso car il me suffit d'exposer les données générales qui suivent pour démo qu'elle est loin d'être sans importance.

1° *But.* — La mensuration thoracique a pour objet de constater les dimen-
sions absolues ou relatives de certaines parties de la poitrine, ou bien son am-
pliation ou sa rétrocession générales, avant qu'elles soient sensibles à la vue,
et en déduire des données utiles à la pratique. Racle, dans son *Traité de
diagnostic*, a prétendu à tort que l'ampliation de la poitrine était visible
depuis longtemps lorsque la mensuration commençait à indiquer l'augmentation
du volume de la poitrine. C'est le contraire qui a lieu C'était, de la part de
Racle, une erreur, ou préconçue involontairement, ou bien la conséquence
logique d'une pratique mal faite de la mensuration.

2° *Méthode d'exploration.* — Le moyen d'exploration le plus ancien et le
plus simple, conseillé d'abord par Laennec et étudié plus tard par Colin (*Gaz.
méd.*, 1838) et par moi (*Thèse*, 1835; *Rech. sur l'inspection et la mensu-
ration*, 1837), consistait à se servir d'un ruban inextensible, gradué par centi-
mètres, et à l'aide duquel on comparait les deux moitiés droite et gauche du
périmètre de la poitrine. Ce mode de mensuration fournit deux chiffres qui,
additionnés, donnent le périmètre général du thorax. Ce périmètre serait loin d'être
aussi exact si l'on entourait simultanément les deux côtés de la poitrine, au lieu
de les mesurer successivement. De plus, pour que la *périmétrie* soit régulière,
il faut appliquer le ruban au niveau de la base de l'appendice xiphoïde, le ma-
lade étant à jeun, dans le décubitus, et l'on doit serrer le ruban autant que
possible *à la fin de l'expiration.*

Néanmoins, cette règle de la tension forcée du ruban n'est pas absolue. En
employant, à un moment donné, l'application du lacs sans tension, puis avec
tension forcée, j'ai obtenu, pour le périmètre général, une différence de 1 à
2 centimètres et plus, qui représente mathématiquement le degré d'*élasticité
de la poitrine*. C'est là un des résultats les plus intéressants de la mensu-
ration du thorax.

On a eu aussi l'idée d'employer le ruban à mesurer le haut de la poitrine au
niveau des aisselles, et en comparant ces dimensions du sommet à celles de la
base (Hirtz); mais les dimensions supérieures sont trop subordonnées à l'état
d'embonpoint ou de maigreur des parties molles, pour être l'expression réelle
du volume de la cage thoracique, à différentes époques de la phthisie pulmo-
naire, par exemple. — Enfin d'autres observateurs ont eu l'idée de mesurer la
hauteur de la poitrine dans le cours de certaines maladies, l'abaissement des
côtes pouvant être produit par le refoulement du diaphragme. N. Guéneau de
Mussy a pratiqué cette mensuration verticale au niveau des deux dernières
côtes, et a déduit de cette mensuration spéciale des signes utiles au diagnostic
des épanchements pleurétiques.

Chomel a conseillé de mesurer le diamètre du thorax. Dans ce but, il préco-
nisait l'emploi d'un compas d'épaisseur analogue à l'instrument à coulisse dont
se servent les cordonniers. Son but était d'obtenir des résultats comparatifs des
diamètres antéro-postérieurs des deux côtés dans la pleurésie, en se basant sur
ce fait très-exact, à savoir, que chaque côté de la poitrine représente une
demi-ellipse dont les branches peuvent s'écarter par l'ampliation thoracique,
sans que le périmètre soit modifié.

L'emploi simultané du ruban gradué et du compas d'épaisseur fournit des
résultats réellement très-importants : d'une part le périmètre de la poitrine,
d'autre part ses diamètres. Mais leur signification a été méconnue d'abord par
suite de la vicieuse application des deux procédés, et de la difficulté de les em-
ployer sur le même malade. J'ai imaginé un instrument très-simple, le *cyrto-
mètre*, qui a l'avantage de faciliter seul et de régulariser l'emploi de la mensu-

, en ...'il fournit à la fois les deux sortes de données : le périmè
... De plus, il permet d'obtenir aisément sur le papier le tra
la ... *laire* de la poitrine (*Voy.* CYRTOMÈTRE).
... – C'est pour avoir d'abord exclusivement cherché les sig
la ... dans la comparaison des périmètres latéraux, ou des dia
antéı ... ırs des deux côtés de la poitrine, que l'emploi du ruban g
n ... ierches attentives, n'a pas d'abord donné les résultats q
... d'en attendre. Cela vient de ce que les affections thora
apı ... côté de la poitrine la développent d'abord *tout entière*, et
sı ... ıdairement, après cette ampliation générale, que le côté
... r relativement au côté opposé. Il résulte de là qu'il y a un
... ıle constante suivie de *rétrocession* également générale,
... rêt à constater, en raison de sa fréquence; tandis qu
... exception que l'ampliation ou la rétrocession du côté affec
l ... ı côté opposé, peuvent servir de données séméiologiques.
... e conclusion très-importante à déduire de ce qui précède, c'
l'... n ou la rétrocession générales de la poitrine, constatées
pé... successives dans une maladie, en pratiquant la mensuration
époques plus ou moins rapprochées, sont plus souvent des signes *pronos*
que des signes diagnostiques.

Le ruban gradué, ai-je dit, peut donner la mesure mathématique de *l'élas-ticité de la poitrine*. J'ai trouvé que les différences normales entre le périmètres généraux alors obtenus variaient entre 6 et 9, et même 11 mètres (6 centimètres à 6 1/2 en moyenne); et que l'élasticité, dans d'engorgements pulmonaires (congestion, inflammation, etc.), pouvait êt lement de 4 centimètres, mais qu'elle était surtout remarquable par ses tions en rapport inverse avec l'ampliation et la rétrocession, de telle so cette élasticité était moindre avec l'ampliation, et plus grande au contrai la rétrocession.

Quant à la comparaison des diamètres antéro-postérieurs des deux cô ferai la même réflexion que pour les deux périmètres latéraux : cette c raison n'est utile que dans des cas exceptionnels; et c'est d'abord l'augn tion générale qui résulte du refoulement antérieur des parois thoraciq ses variations dans les maladies, qui sont généralement utiles. L'ampliatio la rétrocession, qui résultent de ce refoulement ou du retrait des parois rieures du thorax, ne sauraient être négligées, car la poitrine ayant un c ovale, elle peut se développer notablement en tendant à devenir circulair que son périmètre varie. Ce principe, appliqué à l'ampliation de chaqu de la poitrine par Chomel, ai-je dit, est surtout vrai pour l'ampliation gé du thorax.

Des conséquences forcées découlent de ces remarques; c'est que, pour de la mensuration des résultats satisfaisants, il faut : 1° tenir compte pri lement *de l'ampliation ou de la rétrocession générales* de la poitri secondairement de la *comparaison de ses deux côtés*, tout en sachan le côté droit est ordinairement de 1 à 3 centimètres plus développé gauche ; 2° que les variations du *périmètre général* ou des *diamètres an postérieurs* annoncent cette ampliation ou cette rétrocession de la poitri on les constate à différentes époques de la maladie; 3° que les variatio diamètres antéro-postérieurs, *seuls*, peuvent révéler cette ampliation ou rétrocession ; 4° enfin, que les moyens de mensuration qui donnent facil à la fois le périmètre et les diamètres thoraciques (comme le *cyrtom*

nt les seuls à l'aide desquels on peut retirer de la mensuration tous ses avantages.

La mensuration cyrtométrique, dont il a été question au mot CYRTOMÈTRE, a montré que l'ampliation thoracique, sensible à la mensuration, ampliation dépend le plus souvent de la congestion pulmonaire concomitante, coïncide le progrès des *maladies aiguës fébriles*, avec celui de toutes les *affections thoraciques aiguës*, avec les *fièvres éruptives* jusqu'à l'apparition de l'éruption; avec les progrès croissants des *épanchements pleurétiques*. La résistance de l'ampliation indique la résistance de la maladie à la résolution, de même que la rétrocession thoracique (uniquement constatée si l'on voit le malade à une période déjà avancée de l'affection) annonce la résolution prochaine ou immédiate des phénomènes pathologiques. Ces résultats de la mensuration peuvent être mis à profit dans les affections du foie.

Une dernière remarque importante à faire est celle-ci: les variations légères en plus ou en moins, soit un demi ou un centimètre pour le périmètre, soit un demi-centimètre pour le diamètre antéro-postérieur, peuvent être constatées du jour au lendemain, dans la capacité thoracique générale. Ces variations légères ne sont parfois que des oscillations dont il ne faut pas tenir compte, à moins que les progrès en plus ou en moins ne continuent les jours suivants (*Voy.* CONGESTION PULMONAIRE, PLEURÉSIE, PNEUMONIE, etc.).

MENTAGRE. — *Voy.* SYCOSE.

MÉSENTÈRE. — *Voy.* ÉPIPLOONS.

MÉSOCÉPHALE — *Voy.* ENCÉPHALE.

MÉTALLIQUES (Bruits ou résonnances). — Ces phénomènes comprennent le *tintement* et les *consonnances* métalliques.

1° *Caractères.* — Dans son excellente thèse *sur le pneumo-thorax* (1841), Beau... ssier a fait remarquer avec raison que le *tintement métallique* signalé par Laennec est un signe complexe qu'on doit considérer comme un ensemble de phénomènes sonores qu'il appelle métalliques et que je dénommerai *résonnances métalliques*, en faisant remarquer qu'ils doivent être distingués des phénomènes *amphoriques* (*Voy.* ce mot), quoiqu'ils coïncident fréquemment ensemble.

Les résonnances métalliques se passent dans des cavités intra-thoraciques plus ou moins vastes contenant un gaz. Elles ont un timbre *argentin* analogue à celui du bruit qui résulte de la chute d'une goutte d'eau dans une carafe aux trois quarts vide (Laennec). Tantôt c'est un souffle respiratoire ordinairement amphorique, qui s'accompagne de cette consonnance, qui est tantôt comme voilée, tantôt brusque et comme saccadée, tantôt enfin constituant un bruit unique et court, analogue à celui que produit la chute de la goutte d'eau ou à une note aiguë d'harmonica (tintement métallique proprement dit). On perçoit ces résonnances dans un point limité de la poitrine du côté affecté, ou dans une grande étendue, et plutôt supérieurement qu'inférieurement; leur production est spontanée ou provoquée par la toux, par la voix ou par la production de différents bruits dont il sera question plus loin.

2° *Conditions pathologiques et signification.* — Les bruits ou résonnances métalliques se produisent le plus souvent dans la plèvre contenant un gaz (*pneumo-thorax*), et rarement dans de *vastes excavations turberculeuses*. Ce sont des bruits dont le timbre ordinaire est transformé par la présence de ce gaz. On conçoit très-bien comment, dans les cas de communication de la plèvre avec les bronches, les bruits amphoriques de la respiration, de la voix, de la toux, comment la crépitation d'un liquide traversé par l'air dans la cavité

accidentelle ou dans le conduit qui y mène (de Castelnau), comment le décollement des lèvres de ce conduit, comment, en un mot, tous les bruits qui consonnent dans la cavité, peuvent prendre un timbre métallique. Bien plus, les bruits produits en dehors de la cavité, sans perforation, peuvent, en y retentissant, produire (quoique plus rarement) les mêmes phénomènes. Cette remarque de Saussier, à propos du pneumo-thorax sans fistule actuelle, a été reproduite depuis par d'autres observateurs, notamment par Skoda, qui y a trouvé l'unique explication des bruits métalliques, ce qui est par trop exclusif.

On a aussi donné comme preuve à l'appui de l'opinion du médecin de Vienne, des faits de tintement métallique perçu après la thoracentèse par suite de la pénétration de l'air extérieur dans la plèvre, *sans perforation pulmonaire*; mais il n'est pas prouvé qu'une perforation par le trocart n'ait pas alors eu lieu.

Quoi qu'il en soit, la consonnance métallique n'est pas démontrée pour le bruit respiratoire vésiculaire, mais elle l'est pour des bruits plus intenses, tels que ceux de *déglutition dans l'œsophage*, et même pour les *battements du cœur* (Barth). Mais dans ces différents cas, les consonnances métalliques, toujours liées à la présence d'un gaz dans la plèvre, sont beaucoup plus rares que celles qui sont produites dans l'intérieur même de la cavité pleurale.

Trousseau a eu l'idée de provoquer la consonnance métallique dans le pneumo-thorax, en percutant tandis que l'oreille est appliquée sur le côté affecté. Mais il ne faut pas oublier que, dans l'état normal, la percussion auscultatoire produit un cliquetis métallique signalé par Laennec, et semblable à celui que produit sur soi-même la percussion de la main que l'on aurait appliquée sur son oreille.

On a signalé, au niveau du cœur, des battements ayant un timbre métallique à l'auscultation, soit pendant les *palpitations* énergiques de cet organe, soit dans la *péricardite* (Bouillaud). Enfin Guillemain a cru entendre à distance un tintement métallique spontané se produisant au niveau d'une tumeur hydatique (*Gaz. méd. de Paris*, 1847).

MÉTÉORISME. — L'accumulation des gaz dans le tube digestif qui constitue le météorisme a reçu également les dénominations de *flatulence*, *flatuosités*, *ballonnement*, et de *tympanite* intestinale. On le reconnait à une tuméfaction de l'abdomen localisée ou généralisée, tantôt peu prononcée et tantôt énorme, se distinguant des autres tuméfactions abdominales par le *son tympanique* que produit la percussion à son niveau. Cette sonorité est parfois plutôt obscure qu'exagérée dans certains cas de météorisme excessif.

Le météorisme, dû au développement et à l'accumulation de gaz dans l'intestin, s'observe d'abord dans les affections localisées dans cet organe : dans l'*entérite* des nouveau-nés, dans l'*entéralgie* des adultes, dans la *dyspepsie* dite flatulente, dans les OCCLUSIONS INTESTINALES, où le météorisme constitue une donnée dont Laugier a tiré parti pour le diagnostic du siége anatomique de la lésion de l'intestin. C'est aussi un signe grave de l'*affection typhoïde*, de la *morve*, de la *péritonite chronique* (avec saillies persistantes des anses intestinales); le météorisme est accidentel et passager dans certaines névroses, et notamment dans l'*hystérie*, où il cesse souvent par l'émission des gaz par la bouche ou par l'anus. Plus rarement on rencontre le météorisme comme s[ymptôme] d'*anémie*, de *cystite* aiguë, de *métrite* ou de *phlébite de la veine p[orte]*, affection dans laquelle le météorisme a été considéré comme un symptôme important par Waller. J'ai vu un météorisme se produire par suite du séjo[ur]

ement de la fermentation putride du sang d'une épistaxis dans l'es-
es intestins.

:orisme est un phénomène qui n'est grave que lorsqu'il est excessif, 'il dépend d'une maladie grave par elle-même, comme la fièvre ›u l'occlusion de l'intestin. J'ai vu, chez un vieillard, une dyspepsie produire un météorisme devenu mortel par ses progrès excessifs.

ITE. — L'inflammation de l'utérus présente des caractères différents 'elle est aiguë ou chronique.

rite aiguë.

nents du diagnostic. — Les symptômes qui peuvent faire diagnosti-étrite sont les suivants : une *douleur* parfois peu vive, et bornée à 'autres fois gravative, continue, avec des redoublements accompagnés ons vers les lombes, l'anus, les aines, les cuisses, douleur consistant ıvent en une pesanteur incommode au périnée, augmentant sensible-la pression de l'utérus au moyen du *palper hypogastrique*, et du *ıginal* ou *rectal;* par le toucher vaginal, *dureté* ou *mollesse* du col, ı même temps plus ou moins volumineux, et douloureux partout; ı corps de l'organe souvent augmenté aussi, ce que peuvent faire juger : rectal et le toucher hypogastrique, qui permet parfois de sentir, du pubis, l'utérus formant une *rénitence globuleuse*, *mate à la n*, et qui remonte plus ou moins haut vers l'ombilic. Plus souvent ıtion de volume, moins considérable, est sentie par la main qui presse :e, tandis que de l'autre, par le toucher vaginal, on soulève l'utérus, en même temps plus lourd. Au début de la métrite, il y a absence de *ement;* mais ensuite il en survient un roussâtre ou muco-purulent, :aît avec l'inflammation, à moins qu'elle ne passe à l'état chronique, rare; parfois il apparaît une *métrorrhagie* plus ou moins abondante. ptômes locaux se joignent des *symptômes généraux* tantôt légers et -intenses (fréquence et ampleur du pouls, chaleur de la peau, quel-eurs, anorexie, soif, insomnie).

ıctions diagnostiques. — Le soupçon d'une métrite aiguë peut naître tatation de certains symptômes locaux (douleur, métrorrhagie) joints ‹re; mais il est évident que l'on ne peut arriver à un diagnostic suffi-›récis que par l'exploration de l'utérus à l'aide du toucher et du spé-ıi font constater les signes locaux que je viens de rappeler.

ant, malgré l'existence de ces éléments de diagnostic en apparence ıs, il arrive souvent qu'on ne saurait décider s'il s'agit d'une métrite ıuple *congestion* ou engorgement de l'utérus. Il serait difficile de cet égard des caractères distinctifs suffisants; car, si la congestion ә préférence à l'époque des règles, s'accompagne de moins de fièvre, :s plus vives, on ne saurait baser son diagnostic sur des données aussi ffisantes peut-être théoriquement, mais insuffisantes dans la pratique. ıdération de certaines données *étiologiques* a une grande valeur dia-dans les cas de doute, en dehors des causes communes à la conges-ı métrite. On croira plutôt, en effet, à une métrite qu'à une congestion, é comme antécédents des violences extérieures ayant agi incontesta-ur l'utérus (coups sur l'hypogastre, chute, coït répété, opérations et s faites sur l'organe), si le col présente des déchirures profondes par accouchement récent (Willemin), si le travail a été difficile, la déli-›rieuse ou incomplète (rétention de fragments du placenta), le repos , ou le coït trop tôt exercé à la suite de l'accouchement.

La métrite post-puerpérale, d'une durée d'un à deux septénaires en moy
est la plus facile à reconnaître, qu'elle soit simple ou l'un des éléments
fièvre puerpérale. Elle atteint l'ensemble de l'organe; aussi présente
l'exagération des éléments symptomatiques exposés plus haut : douleur o
rement vive, surtout au toucher vaginal ou à la palpation hypogastrique
légère; tuméfaction considérable, soit du col de l'utérus autour duquel
être difficile de passer le doigt, soit du corps, qui déborde souvent de pl
travers de doigts vers l'abdomen; suppression fréquente, mais non constan
lochies; symptômes généraux intenses; parfois complications de *lympha*
de *phlébite*, de *suppuration* et même de *gangrène*, qui s'accompagnen
tération profonde des traits, de *frissons irréguliers*, de sueurs froides,
tement, d'anxiété, de ballonnement du ventre, de dévoiement, d'e
petitesse du pouls, etc.; enfin les *abcès de la fosse iliaque* sont une co
tion qui n'est pas très-rare. Il est impossible de méconnaître à ces di
signes, même en l'absence de toute complication, l'existence d'une métrit
pérale, lorsque, quatre à cinq jours au moins et vingt à vingt-cinq jours
auparavant, a eu lieu un accouchement dans les conditions que j'ai ind

Fleetwood Churchill, avec Siebold, a décrit sommairement une métri
dant la grossesse, et il a insisté sur l'importance de ne pas la confondre
rhumatisme de l'utérus ou la péritonite pendant la gestation. (Fleetwoo
chill, *Traité pratique des maladies des femmes*, traduit de l'anglais p
land et Dubrisay). Avec le *rhumatisme*, la douleur est plus général
paroxystique; elle est limitée et continue avec la métrite. Cette limitatio
rencie aussi cette métrite de la *péritonite*, dont la douleur est d'ailleur
coup plus vive à la pression. — Il n'est pas possible de confondre la
aiguë, considérée dans l'état de vacuité de l'utérus, avec une *hémato*
un *phlegmon rétro-utérin*, ces tumeurs plus ou moins douloureuses s
loppant, non plus au niveau du col, mais en arrière de celui-ci.

Dans les cas de métrite aiguë non puerpérale, l'affection ne varie p
samment suivant son siége sur la muqueuse (*métrite catarrhale*), dans
du corps de l'organe, ou sur le col isolément, pour que l'on puisse, a
malade, faire ces distinctions anatomiques de la maladie; d'ailleurs,
sont rien moins que précises en réalité, si ce n'est lorsque la métrite e
nique, et par conséquent peu utiles à rechercher ici.

3° *Pronostic.* — La métrite aiguë simple guérit presque toujour
passe à l'état chronique que dans des cas rares. Le pronostic n'est gr
lorsque la métrite puerpérale est *compliquée*, et surtout lorsque se fait
puration, qui constituerait, suivant Béhier, le point de départ de la fièvr
PÉRALE elle-même.

II. Métrite chronique.

1° *Éléments du diagnostic.* — La métrite chronique a des signes qui
suivant qu'elle est générale ou partielle.

Lorsque la maladie est généralisée, il y a des *douleurs* spontanées pe
rarement continues, le plus souvent revenant par intervalles, consistant
en un sentiment de tension et de plénitude, avec tiraillements dans l'ab
dans les aines et surtout les lombes, et augmentant par la marche la
droite ou assise longtemps prolongée, le cahot d'une voiture ou toute esp
fatigue; il en est de même lorsque l'on pratique le *toucher vaginal* et l
pation, qui ont d'ailleurs les mêmes résultats que dans la métrite aiguë
n'est que la douleur provoquée est moindre. Le *volume de l'utérus*, ap
par ces moyens, est rarement assez considérable pour remplir la cavité d

sin et y devenir presque immobile. Le toucher fait reconnaître aussi la *chute l'utérus*, et une *augmentation de consistance* du col. Le spéculum permet voir le *col volumineux* d'un rouge plus ou moins foncé, parfois brun, sans mité, mais quelquefois bosselé, avec des sillons ou plis radiés dans l'inter- des bosselures. L'orifice est fermé dans presque tous les cas, tantôt sec et laissant suinter seulement quelques *filaments muqueux* ou *teints de*, ou bien un véritable *écoulement* épais ou roussâtre. Parfois il y a *mé- rhagie*, mais dans la majorité des cas les règles sont au contraire peu abon- es et il y a de la DYSMÉNORRHÉE. — Lorsque la maladie a atteint un haut é, elle peut produire des symptômes *anémiques* et *nerveux* : pâleur, esse, amaigrissement, névralgies, irascibilité, insomnie, dyspepsies, et nt Duparcque et Bennett, des *vomissements* qui seraient liés à l'exis- de la métrite chronique, mais qu'on ne saurait considérer comme cons- s.

rsque la métrite chronique est partielle, elle constitue principalement les formes dites *granuleuse* et *ulcéreuse*, dont il sera question plus loin.

Inductions diagnostiques. — Si la plus grande difficulté du diagnostic métrite aiguë est de pouvoir la distinguer de la congestion, nous rencon- ici la difficulté non moins grande de la distinction de la métrite chronique carcinome commençant de l'utérus. Voici les données que le praticien utiliser :

abord l'exploration du col par le toucher fait reconnaître que, dans la mé- chronique, il est lisse, uniformément tuméfié, également résistant partout; spéculum, il paraît congestionné et souvent d'un rouge sombre; tandis dans le squirrhe ou le cancer non ulcéré, le col est inégal, présente des lures irrégulières très-résistantes, de volume variable, en même temps le spéculum permet de constater la pâleur blafarde de la muqueuse du col. 'induration prononcée du col due à la métrite peut surtout induire en erreur re croire à un carcinome. Dans ce cas, et dans tous ceux où les caractères entiels que je viens de rappeler sont mal accusés et ne lèvent pas tous les s, l'évolution ultérieure des phénomènes permet seule de se prononcer. is que la métrite chronique ne s'aggrave pas sensiblement, en effet, les ès locaux du véritable cancer ne permettent bientôt plus d'hésiter dans le ostic. Les bosselures de l'utérus deviennent de plus en plus irrégulières, dhérences se forment, la lésion s'étend aux parties voisines, puis survien- l'écoulement ichoreux et fétide, et enfin les ulcérations destructives et ndes.

rmi les autres affections utérines, il n'y a que les *corps fibreux* de l'utérus puissent donner lieu aux mêmes signes que la métrite chronique qui m'oc- . Mais dans la métrite, c'est le col qui est d'ordinaire spécialement affecté, s que c'est le corps de l'utérus qui est le plus souvent le siége des corps ux.

a voulu, à l'égard de la métrite partielle, établir beaucoup de divisions tiles à la pratique, puisqu'elles n'ont pas de signes caractéristiques. Il n'y ception que pour la métrite chronique granuleuse et la métrite ulcéreuse e, qui, par leur fréquence, ont un intérêt réel pour le praticien.

nulations du col de l'utérus. — Elles sont généralement considérées un mamelonnement inflammatoire analogue à celui qui se remarque sur s muqueuses, et notamment au niveau de la muqueuse du vagin (*Voy.* TE); de là les dénominations de métrite *granuleuse*, *granulée*, *mame- e*.

L'existence de la *leucorrhée*, qui en est un signe constant, peut faire s
ner cette affection. Elle s'accompagne aussi de troubles *gastralgiques* a
blesse ou langueur générale, et de douleurs *névralgiques* lombo-abd
auxquelles participe l'utérus.

L'*écoulement* est tantôt transparent et visqueux, tantôt louche ou é
blanchâtre. Par le *toucher vaginal*, on peut sentir ou non les inég
saillie que forment les granulations; mais il faut avoir nécessairement
au *spéculum* pour diagnostiquer les granulations, qui se montrent so
d'une plaque plus ou moins arrondie, diversement située et quelquefois
l'orifice du col et s'étendant ou non à l'intérieur, comme on peut s'en c
en écartant les lèvres du museau de tanche avec les valves du spéculum. Ce
sont d'une coloration rouge, parfois violacée ou bleuâtre, et qui contr
la pâleur de la muqueuse environnante; elles saignent en général avec
facilité au contact du spéculum. Par l'ouverture du col utérin, on voit so
couler en bavant la matière de l'écoulement, même lorsque les granul
pénètrent pas dans la cavité du col. A ces signes locaux peuvent se joi
maigrissement et les troubles digestifs et nerveux que l'on observe dan
de LEUCORRHÉE; il résulte quelquefois aussi de l'obstruction du col ut
les granulations, de la *dysménorrhée*, l'*aménorrhée* et même la
(Chomel).

Les données *étiologiques* de la métrite granuleuse sont peu utiles au
tic, parce qu'elles sont controversées. On a attribué cette affection, qui e
tiellement chronique, au contact irritant du liquide sécrété; mais ce qu'
plus positif, c'est que presque toujours les granulations utérines s'o
chez les femmes qui ont eu des enfants, ou chez celles qui sont aff
blennorrhagie aiguë ou chronique.

Érosions ou *ulcérations simples du col utérin*. — Ces lésions ont
les granulations, une *leucorrhée* plus ou moins abondante pour princi
ptôme; elles diffèrent des granulations par la *douleur* qui est plus t
parfois cuisante ou brûlante, survenant surtout au moment du coït ou de
ration digitale de l'utérus. Elles diffèrent encore, et c'est là le point p
par les *caractères de la lésion* au toucher, et à la vue à l'aide du spécu

Dans les cas d'*érosion*, due parfois à des pessaires, mais dont le
sont le plus souvent inconnues, le *toucher* fait reconnaître quelquefois u
superficielle de substance surtout sensible au niveau des bords légère
lants de l'érosion. Le *spéculum* fait voir une surface plus ou moins rou
gulière, siégeant sur l'une des lèvres ou sur les deux, et limitée par d
reconnaissables à leur saillie et à l'auréole rouge qui les entoure.

Lorsqu'il existe des *ulcérations simples*, les ulcères sont douloureu
gnants au toucher, qui fait sentir une *déperdition* de substance inégal
molle, et souvent considérable, puisque l'on peut trouver une des lèvre
détruite en grande partie. On trouve au spéculum le *col utérin gonf*
rouge sombre, et, sur l'une des lèvres, une *ulcération irrégulière à*
saignante et *à bords boursouflés*, qui font croire à une profondeur de
plus prononcée qu'elle ne l'est en réalité. Ces ulcérations peuvent fa
être confondues avec les *ulcérations syphilitiques secondaires*,
mieux qu'il n'existe vraiment aucune différence dans les caractères ex
des unes et des autres, et que ce n'est qu'en constatant l'existence ou l'a
d'antécédents syphilitiques, ou de signes actuels de syphilis dans d'autr
ties du corps, ou enfin en obtenant ou non une amélioration sensible p
traitement spécifique, qu'il est possible d'arriver à une solution diagnos

: » (*Novum Organum*, lib. II, § XXXIX). Or, le vœu de Bacon, qui *nut* de la microscopie, est en voie d'accomplissement.
oyen d'investigation scientifique, le microscope a créé l'histologie. :n d'exploration diagnostique, il a déjà acquis une importance qu'on us contester. Cette importance ressort, non-seulement des résultats :opie appliquée au diagnostic posthume ou cadavérique, dont je n'ai per, mais encore de ses applications déjà nombreuses au diagnostic le au lit des malades.
scopes en usage de nos jours sont assez perfectionnés pour réponences de la pratique, quoiqu'il leur manque de montrer les objets réflexion comme ils les montrent par transparence. Malgré cette leur usage se généralisera, au moins dans la jeune génération mé- ue le prix trop élevé des bons microscopes soit un obstacle sé- emploi usuel.
aux traités de microscopie de Donné (1844) et Charles Robin (1870) concerne la théorie et la manipulation de ces instruments. Il me :, pour en légitimer et recommander l'usage, de rappeler les prin- :ations cliniques qui en ont été faites.
on microscopique s'utilise pour l'examen des liquides ou des so- ie l'étude du *sang* ainsi faite n'ait pu donner raison des modifica- ıbit dans la plupart des maladies générales, la constatation de la surtout celle de la présence des globules sanguins dans des ma- s liquides évacués, dans lesquels on ne pourrait tout au plus que a présence du sang (*Voy.* HÉMORRHAGIES), démontre l'importance ıerche. L'examen microscopique des URINES et de ses *sédiments*, lans la *maladie de Bright* et dans la SPERMATHORRHÉE, n'est pas tant. La recherche des PARASITES microscopiques végétaux ou ani- un jour tout nouveau sur un certain nombre d'affections, en y particularités inconnues jusque-là. L'étude microscopique des

désaccord profond entre ces deux données du problème à ré
même dire qu'il y a lutte entre la prétention de l'histologie qu
comme base fondamentale de la pathologie, et les études cliniq
à cette prétention. Comment finira ce conflit? C'est facile à pré
L'histologie renoncera raisonnablement à l'omnipotence en pa
en faisant accepter celles de ses découvertes qui s'imposent c
tudes pratiques nouvelles, elle consentira, en beaucoup d'aut
pathologie, à se baser à son tour sur les données cliniques, pour
inductions investigatrices. De son côté, la clinique, sans préte
l'omnipotence, mais s'appuyant sur des constatations précises au
les fera accepter par les histologues comme des faits incontest
à leurs inductions; et en même temps elle acceptera les bases
certaines maladies, et s'assimilera les faits de détails de la mi
les faire servir à ses inductions pratiques.

MICROSPORON. — *Voy.* Parasites végétaux.

MICTION. — L'écoulement fonctionnel de l'urine a été gé
fondu, dans les traités de séméiologie, avec l'étude de l'urine e
que la question mérite d'être examinée à part.

La miction est habituellement volontaire, facile, et s'effect
dans l'état de santé. Elle est plus ou moins troublée dans un g
maladies : elle se fait involontairement (*Voy.* Incontinence), ou
(*dysurie*), ou impossible soit avec vive douleur (*ischurie*), s
(*anurie*). Enfin les envies d'uriner sont, dans certains cas,
mais avec miction facile.

La dysurie ou l'ischurie, qui s'accompagnent fréquemment d
sical très-douloureux, reconnaissent différentes causes : un ob
dû à un *rétrécissement urétral*, qui se dénote par le jet bifurq
de l'urine, un gonflement de la *prostate*, une *tumeur* comprin

soit de l'arrêt de l'urine par obstacle dans les uretères, soit enfin d'une
motion pendant l'opération de *fistules vésico-vaginales*, comme l'a
Jobert, de Lamballe (*Chirurgie plastique*). Le défaut de sécrétion
se rencontre dans le *choléra*, dans la *fièvre jaune*, dans la *néphrite*
reins. Lorsqu'il y a obstacle dans les uretères par la présence d'un
'anurie qui accompagne alors les coliques néphrétiques ne prouve pas
que l'obstacle soit double, car on l'a observée avec la présence d'un
ns un seul des uretères.
vies fréquentes d'uriner avec miction facile, mais douloureuse dans
cas, sont un signe fréquemment observé dans les *affections de l'uté-*
otamment dans les déviations de cet organe (surtout dans l'antéver-
s envies sont incessantes toutes les fois que du *pus* arrive dans la vessie
éphrite, calculs).

AINE. — Tout en admettant que la migraine est une névrose, on a
opinions différentes sur son siége. Pour les uns, c'est une névrose
nienne, pour le plus grand nombre une névralgie diversement loca-
pour du Bois-Reymond un trouble dans les fonctions de la partie cer-
ı grand sympathique, trouble dont le point de départ se trouverait
e partie de la moelle cervicale à laquelle Haller et Budge ont donné
e région *cilio-spinale* (*Archiv für Anat.*, 1860). Ferrand a repro-
opinion (1868), dont se rapproche aussi celle de Möllendorf (*Vichow's*
868).

nents du diagnostic. — Cette névrose, caractérisée principalement
douleur de tête particulière, survient par accès intermittents plus ou
ignés.

cipal symptôme de ces accès est la *douleur*, qui débute ordinairement
ıde sourcilière ou bien dans tout autre point d'un des côtés de la tête,
ahir tout ce côté (d'où le nom d'hémicrânie donné à la migraine).
ois la douleur gagne le côté opposé, le cou et même des parties plus
; mais c'est ordinairement le front, la tempe, l'œil, la narine qui en
particulièrement le siége. Cette douleur est tensive, ordinairement
compagnée de battements douloureux qui correspondent aux batte-
ériels, de frémissements dans le cuir chevelu et d'autres sensations
elle est augmentée notablement par les mouvements, la mastication,
, le bruit, et par la pression, qui dénote en général une augmentation
ibilité de toute la tête ou d'un côté seulement, et qui constate parfois
s points douloureux que dans la névralgie trifaciale et cervico-occipitale
Très-fréquemment à cette douleur se joignent des *nausées* et des *vo-*
its pénibles, d'abord alimentaires, puis bilieux s'ils continuent, car il
ntes fois que les premiers vomissements soulagent rapidement. Le pouls
eur de la peau sont naturels; cependant la tête est souvent brûlante,
il y survient des *sueurs* vers la fin de l'accès, qui est marqué aussi
isement des membres et de la lourdeur de tête dans un grand nom-
. Le plus souvent, le malade est forcé de garder le lit, loin du bruit et
ière; mais parfois, l'accès étant léger, il peut continuer à vaquer à ses
ns.

uctions diagnostiques. — Il suffit d'exposer ces symptômes pour
que le diagnostic de la migraine n'offre aucune difficulté au point de
constatation de la maladie. Ce diagnostic est confirmé par la durée
des accidents, qui ne dépasse guère douze à vingt-quatre heures,
des cas exceptionnels, et par le retour des accès, dans les inter-

valles desquels la santé est parfaite, à moins que ces accès ne soient sy
tiques.

Une fois la migraine reconnue, l'essentiel est de déterminer si elle
pathique ou symptomatique. — La forme *idiopathique* se rencontre
lement chez la femme, sous l'influence d'un tempérament nerveux, d
dité, des divers troubles de la digestion stomacale, de la faim trop prol
l'ingestion de certains aliments, sous l'influence de certaines odeurs
les individus), de l'étude trop suivie, des émotions morales, des temps
du froid : conditions qui expliquent l'apparition des accès. — Lorsq
symptomatique ou *sympathique*, la migraine s'observe comme co
de certaines lésions de l'*utérus*, de l'*estomac*, ou d'un autre organ
accompagnant les troubles de la *menstruation*, ou se montrant, chez
femmes, à chaque retour des règles.

La migraine se distingue aisément, par ses accès passagers, des cé
dues au *coryza*, aux *affections fébriles* à leur début, à celles du *ce*
toutes sont plus ou moins longtemps continues. La *névralgie trifaci*
seule une mention particulière comme pouvant, par ses accès, fai
une migraine. On a dit que la concentration de la douleur sur le traje
était un signe propre à faire reconnaître que l'on a affaire à une
plutôt qu'à la migraine; mais Valleix lui-même a fait remarquer, d
qu'il n'est pas toujours possible de circonscrire les douleurs de la né
d'autre part, qu'il y a des migraines avec douleur contusive, points d
à la pression, et même élancements dans le trajet des nerfs. Il faut d
naître avec lui qu'il y a une *migraine névralgique* ou *dermal*
plutôt confusion des deux affections entre elles. On ne peut pas con
effet, comme des différences applicables à tous les faits, attendu que
tères ne sont pas constants, que la névralgie revient ordinairemen
jours ou tous les deux jours, tandis que la migraine se montre à des
plus grands, et que, dans la névralgie, l'œil affecté est injecté et
tandis qu'il ne l'est pas dans la migraine.

En dehors de ses *formes* idiopathique, symptomatique ou symp
migraine se montre sous une autre forme très-rare, signalée, mais tr
lisée par Piorry; c'est l'*irisalgie*, dans laquelle l'iris est affecté, e
servent principalement des troubles de la vision (arcs lumineux, obscu
de la vue, pupille dilatée). Cette espèce de migraine se développerai
rence sous l'influence de la lecture, de l'étude ou des préoccupat
les repas.

3° *Pronostic.* — Jamais le pronostic de la migraine n'a de gravit
seulement pénible dans certains cas, par la ténacité du retour des a
leur intensité.

MILIAIRE. — Dans l'état actuel de la science, il est impossible
isoler l'éruption miliaire qui survient comme épiphénomène dans
nombre de maladies, de l'affection, le plus souvent épidémique,
désignée sous le nom de *suette miliaire*. Mais comme il a été questi
SUETTE des caractères de l'éruption miliaire vésiculeuse ou vésicu
leuse, il me suffit de rappeler les conditions dans lesquelles elle
comme épiphénomène.

La miliaire, ainsi envisagée, se rencontre assez fréquemment : dan
du *rhumatisme* articulaire aigu; moins fréquemment dans la *scarl*
elle n'est qu'une exagération du caractère de l'éruption finement vésic
cet exanthème; dans l'*ictère grave;* dans la *méningite cérébro-spina*

que, et dans plusieurs autres affections aiguës d'une certaine gravité. La iliaire, avec des taches livides, peut aussi se rencontrer dans certains cas empoisonnement *par l'arsenic* (p. 339). Enfin les boues de Saint-Amand tiennent, selon Edmond Robiquet (*Thèse* d'agrégation, 1853), un limon posé de détritus végétaux décomposés sous l'eau qui fait développer sur la peau une éruption miliaire accidentelle.

MOBILITÉ NERVEUSE. — *Voy.* NERVEUX (État).

MOELLE ÉPINIÈRE. — A voir les nombreux et importants travaux dont l'anatomie et la physiologie de la moelle épinière ont été l'objet, on devrait dire que la pathologie de ce centre nerveux a fait des progrès considérables. Mais il n'en est pas ainsi. Suivant la juste remarque de E. Fritz (*Arch. de méd.*, 1861, t. XVII), les expérimentateurs se sont appliqués à décomposer le faisceau qui constitue la moelle, et à déterminer la part afférente à chacun des éléments dont elle se compose; mais la maladie ne procède pas avec ces restrictions, et le plus souvent elle est vaguement circonscrite. De plus, on n'est pas encore arrivé à déterminer la nature des lésions et à bien en préciser le siége intime, conditions nécessaires pour bien connaître la pathologie de la moelle épinière.

Renfermée dans un conduit à parois résistantes, la moelle épinière, de même que le cerveau, est le siége d'affections dont le diagnostic est basé uniquement sur des symptômes fonctionnels.

1° *Maladies.* — Outre la *congestion*, l'*hémorrhagie*, l'*inflammation* (*myélite* aiguë ou chronique), le *ramollissement* et la *sclérose* de la moelle qui conduit à l'atrophie, ce centre nerveux est le siége de *dégénérescences tuberculeuses*, *cancéreuses* ou autres, qui agissent surtout en comprimant la moelle. Il en est de même de toute autre tumeur qui a son point de départ dans les parties voisines, soit au niveau des vertèbres, soit au dehors, comme on observe pour des anévrysmes qui usent les corps de ces os avant d'arriver à la moelle.

2° *Symptômes.* — Les maladies caractérisées anatomiquement par une lésion de la moelle épinière, ou qui en produisent la compression, ont pour symptômes principaux : une *douleur locale* qui est d'ailleurs loin d'être constante; des *fourmillements* dans les membres; l'*anesthésie* et rarement l'*hyperesthésie* cutanées; la *paralysie des muscles* auxquels se distribuent les nerfs qui naissent de la moelle, au niveau et au-dessous de la partie lésée; la *paralysie de la* vessie, du rectum; parfois de la *contracture*, et même des attaques *épileptiformes*.

Les symptômes ont pour caractère habituel de siéger symétriquement des deux côtés du corps, d'occuper à peu près constamment les membres inférieurs, et d'envahir de bas en haut une étendue d'autant plus grande du tronc que la lésion se rapproche davantage de la partie supérieure de la moelle. Je dois faire remarquer cependant que les effets de la lésion considérés en eux-mêmes sont plus complets dans la moitié inférieure du corps que dans sa moitié supérieure, attendu que, supérieurement, une fonction essentielle à la vie, la respiration, se trouvant atteinte par la paralysie ou la contracture des muscles respirateurs, le danger est imminent avant que cette paralysie soit complète, tandis qu'aux membres inférieurs et au bas du tronc, la paralysie la plus absolue peut longtemps être compatible avec la vie.

Cette étendue plus ou moins grande des symptômes produits par les lésions de la moelle est donc une donnée diagnostique de grande valeur. Mais peut-on admettre que toutes les parties anatomiquement inférieures à la lésion de la

moelle soient toujours atteintes? Un certain nombre de faits connus c
disent cette manière de voir. Landry en a communiqué à la Société d'
vation de Paris qui semblent l'avoir autorisé à conclure que chaque po
la moelle épinière peut être considérée comme indépendante.

Quoi qu'il en soit de cette explication, qui permettrait de compren
faits en apparence exceptionnels à la règle générale que j'ai formulée plu
il ne faut pas oublier que les principaux signes, et en apparence les plu
cluants, d'une lésion de la moelle, la paraplégie par exemple, peuvent s
fester *sans lésion matérielle* de cet organe (*Voy.* Paralysies loca
Ces signes ne sont donc pas pathognomoniques d'une lésion matérielle.

Stich a cherché à utiliser l'étude des mouvements réflexes de la moe
nière pour le diagnostic de ces maladies (*Arch. de méd.*, 1857, t. X, p
mais ses recherches ont besoin de confirmation. Il en est de même des
anatomiques que Budge a formulées sur la moelle considérée comme
génito-spinal du grand sympathique. On sait qu'il admet, outre le
respiratoire ou nœud vital : le *centre cilio-spinal* (entre la sixième
cervicale et la quatrième dorsale), source des mouvements dilatateur
pupille et des artères de la tête; et le *centre génito-spinal* (au nivea
quatrième vertèbre lombaire), source du mouvement de la partie in
du canal intestinal, de la vessie et des conduits déférents (*Aca
sciences*, 1859).

MOLLUSCUM. — C'est une affection rare, encore mal connue, ré
sable aux *tumeurs* qui recouvrent la peau des différentes parties du
qui se remarquent principalement à la face et au cou. Ce sont des esp
tubercules très-nombreux, d'un volume variable, de celui d'un pois
d'un œuf de pigeon, à large base, quelquefois pourtant pédiculés, ayant
leur de peau, et plus rarement une teinte brunâtre. Leur développem
très-lent. On admet que le molluscum est quelquefois contagieux ; il n
fâcheux que dans cette circonstance. Dans les autres cas, il est ordina
rebelle à tout traitement, et persiste toute la vie, mais sans conséque
cheuses.

MONADES. — *Voy.* Parasites.

MONOMANIE. — *Voy.* Folie.

MORT. — La question diagnostique de la mort apparente et la
pronostique de la mort prochaine, rapide ou subite, dans le cours des m
demanderaient de grands développements.

La première de ces questions, celle de la mort apparente, est du re
la médecine légale. Elle peut d'ailleurs se résumer en peu de mots : c'
malgré de nombreux travaux modernes, la putréfaction reste le signe le
faillible de la mort réelle. On sait que la plupart des névroses (not
l'hystérie), certaines affections cérébrales, l'ivresse, les asphyxies, peuve
compagner de léthargie ou de mort apparente.

La question pronostique de la mort dans les maladies est aussi imp
que délicate. Mais il serait aussi difficile de résumer cette question dan
ques propositions générales qu'il serait puéril d'en rappeler toutes les p
larités.

La mort imminente est annoncée par les signes de l'Agonie, de même
constatation d'une foule de maladies fait redouter nécessairement, au m
suffisamment instruit, une mort rapide ou subite, dont il doit signaler l
tualité comme possible. Les progrès de l'anatomie pathologique, depuis
blication de l'intéressant Mémoire de Louis *sur les morts subites* (182

ıtré que cette prévision pouvait se formuler dans un nombre d'affections »up plus considérable qu'on ne le supposait. C'est ce qui ressort d'un de Aran (*Thèse* d'agrégation, 1853), qui rappelle que les morts subites ues le plus fréquemment à la congestion pulmonaire ou cérébrale, ou aux ·éunies (Devergie).

ısulte de ce travail que la mort subite a lieu : par *rupture* du cœur ou os vaisseaux, mais plus fréquemment par suite des *lésions chroniques* de ganes, celles des valvules du cœur surtout; par tuberculisation des *gan- bronchiques* ou oblitération de l'*artère pulmonaire ;* par hémorrhagie *noelle allongée,* de la *protubérance* ou du *cervelet*, ou par *congestion ale* violente; par *ruptures* de certains organes abdominaux; par lésions ı mal déterminées des organes sécréteurs de la bile ou de l'urine. D'autres de mort subite sont les *convulsions* chez l'enfant; les *congestions* san- pulmonaires et cérébrales chez le vieillard, ainsi que la *suffocation* par lans le pharynx du bol alimentaire incomplétement broyé par la mastica- :hez la femme, l'*état puerpéral*, ou plutôt la *convalescence* qui suit les ·s ; l'*aliénation mentale* dans sa forme aiguë, paralytique et épileptique; n l'altération matérielle ou fonctionnelle d'un des organes vitaux de l'éco- . Des recherches modernes ont attribué encore la mort subite à la TRANS- TION GRAISSEUSE du cœur, et à l'oblitération de l'artère pulmonaire par ıBOLIES veineuses.

:es conditions diverses de mort subite ou rapide, les unes sont impré- parce que la cause ou la maladie originelle sont latentes, et le pronostic n alors à formuler; les autres peuvent, au contraire, être prévues par le la constatation de la maladie que l'on sait pouvoir entraîner une termi- . rapidement funeste.

ıRVE et FARCIN. — Je réunis ici ces deux affections, attendu qu'il nis aujourd'hui que le farcin ne diffère de la morve, appelée aussi *jetage, age, équinia*, que par l'absence des lésions des fosses nasales qui s'ob- t dans la morve. Cette affection, essentiellement contagieuse du cheval à ne, n'était connue que par des observations éparses, dont la première re- à 1810 (Waldinger), lorsque le docteur Elliotson, en Angleterre, publia émoire (1833). En France, Rayer (1837), Vigla (*Thèse*, 1839), Tardieu :, 1843), Monneret, Landouzy, Gubler, ont publié des travaux importants esquels on trouve les éléments du diagnostic que je vais rappeler, en trai- part de la morve aiguë et de la morve chronique, et en y comprenant le aigu ou chronique, dont je signalerai, chemin faisant, les particularités.

Iorve aiguë.

:léments du diagnostic. — Envisagés sous le rapport du diagnostic, les ômes de la morve aiguë présentent le plus souvent des phénomènes d'in- , puis trois périodes successives, mais dont les éléments s'enchaînent s irrégulièrement pour constituer la maladie.

sont d'abord des *phénomènes fébriles* intenses, avec frissons prolongés iétés, céphalalgie violente, courbature et *prostration considérable*, par- *pistaxis* dès le premier jour, *anorexie* complète, quelquefois de la *hée*, des *nausées*, des *vomissements*. Ces accidents fébriles peuvent être lés ou accompagnés de symptômes locaux, lorsqu'il y a eu inoculation ıtelle de la maladie : le point où s'est faite l'*inoculation* se tuméfie, de- rouge, douloureux, tendu, se couvre de phlyctènes, ou, s'il y a plaie, ci prend un aspect blafard, fongueux, et se complique de LYMPHANGITE ou LÉBITE.

Dans une *première période*, qui débute parfois avec les phénomènes dents, il survient des *douleurs arthritiques* et *musculaires* qui sont constantes ; les premières occupant une ou plusieurs des grandes artic et s'accompagnant de *fièvre intense*, de *phénomènes nerveux* plus graves, d'*angine*, de *dyspnée*, et bientôt de *collections purulentes* en points du corps. — A une *deuxième période* (dite typhoïde) se ra une *prostration* extrême, des *hémorrhagies*, la *gangrène*. — En classé dans une *troisième période* les accidents les plus caractéristiq maladie. Ils se montrent avec les phénomènes cérébraux les plus grav alternant avec le délire) vers la peau, les muqueuses nasale et bucc gienne, et vers le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Ce *inflammations érysipélateuses*, dont la plus remarquable occupe la inflammations *pustuleuses* avec pustules de grosseur variable, agglom isolées, rouges ou violacées, occupant la peau, les muqueuses et l langue, mélangées de *phlyctènes* contenant une sérosité sanguinolent *tubercules* cutanés rougeâtres dont l'épiderme se détache facilement.

Les *ulcérations* de cette dernière période sont surtout remarquables des muqueuses et surtout de la pituitaire. Un *coryza*, d'abord avec légère, chaleur, et surtout sentiment d'*obstruction des cavités nasal* compagne bientôt de l'écoulement ou *jetage* d'un liquide muqueux, sang, et qui devient rapidement purulent. On peut quelquefois voir de tions dans les fosses nasales et même la destruction et la *perforati cloison*. De pareilles ulcérations, avec sécrétion d'un liquide analogu des fosses nasales et *engorgement des ganglions sous-maxillaires*, vent dans la *bouche*, dans le *pharynx*, et peuvent s'étendre également *glotte* et au *larynx*, d'où résulte une *aphonie* plus ou moins comp *eschares gangréneuses* se forment également au niveau des parties mées, au niveau des muqueuses aussi bien que vers la peau.

A ces symptômes bien caractéristiques de la morve aiguë, dénomm aigu lorsque le coryza spécial ulcéro-gangréneux vient à manquer, se j des *hémorrhagies* nasales, intestinales, musculaires; une *fièvre de plus intense*, avec pouls à cent vingt, cent cinquante pulsations, dépressible dans la plupart des cas; une prostration de plus en plus de l'*anxiété*, un *sommeil agité*, des rêvasseries, du *délire* continu nant avec le *coma;* une *haleine fétide*, une *respiration* devenant de plus difficile et accélérée avec un peu de râle sibilant ou sous-crépit *toux* sèche ou suivie d'expectoration muqueuse ou de *crachats* ro sales. La *langue* est parfois noire et sèche, l'appétit complétement n très-vive; les vomissements sont rares, il se développe un *météorisme* reux. Vers la fin, aux approches de la mort, qui a été presque consta les faits observés, le pouls devient irrégulier, intermittent, misérable, continu, les selles diarrhéiques et fétides.

2° *Inductions diagnostiques*. — La période de la maladie à laquell le malade pour la première fois influe beaucoup sur le diagnostic, et l' établir, d'une manière générale, qu'il est d'autant moins difficile que l'a est plus avancée.

Lorsque l'on est en présence du premier groupe de symptômes que j'ai plus haut, symptômes fébriles avec ou sans symptômes locaux de lympha de phlébite, on peut parfaitement méconnaître la maladie. — L'invasion lorsqu'elle est constatée seule, peut donner lieu à bien des suppositions, lesquelles celle de la morve ne viendra pas facilement à l'esprit, vu la ra

maladie, et l'on sera naturellement plus porté à croire à l'existence d'une
grave, en ne trouvant pas dans l'exploration des organes une cause suffi-
pour expliquer l'intensité des symptômes généraux. — Marchant a vu la ma-
débuter par plusieurs accès de *fièvre intermittente* tierce, qui ne pouvaient
inement que détourner du vrai diagnostic. — Si la fièvre s'accompagne de
hée, comme cela arrive dans certains cas, on croira à l'invasion d'une
typhoïde, surtout en raison de la prostration très-grande du malade. —
a un coryza commençant ou bien une angine, on pensera avoir affaire à
rougeole ou bien à une *scarlatine* à leur début.

faut avouer que, dans ces différentes circonstances, l'erreur est facile. Il en
même lorsque, avec la fièvre, on découvre extérieurement une lymphan-
ou une phlébite, résultant d'une inoculation ignorée du malade. On peut
alors à une *inoculation putride* ou à une *pustule maligne*.

squ'on voit le malade à la période dite rhumatismale, et qu'il n'existe que
phénomènes fébriles et les douleurs, on croit aisément à un *rhumatisme*
ulaire grave : l'erreur, en effet, a été maintes fois commise. Pour l'éviter,
t que les progrès de la maladie fassent surgir d'autres symptômes, comme
sipèle de la face, le coryza spécial, les pustules, ou les abcès au niveau des
lations ou dans d'autres parties éloignées, pour que l'on attribue les dou-
à leur véritable cause. Cependant il ne faut pas oublier que, dans certains
on a vu de ces symptômes se montrer dès le début, avant ou en même
que les douleurs rhumatoïdes, ce qui rend le diagnostic suffisamment

ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie confirmée ne peut
r la moindre équivoque sur l'existence de la morve aiguë, et, en l'absence
phénomènes du coryza spécifique, sur l'existence du farcin; car il n'est
ne autre affection aiguë qui se caractérise à la fois par une fièvre intense,
les accidents nerveux graves, par l'érysipèle, par des pustules plus ou moins
breuses, par des abcès multiples, la gangrène, des hémorrhagies.

diagnostic offre d'autant plus d'incertitude au début, que la marche de la
adie est alors plus lente. Cependant l'embarras peut aussi être très-grand si
marche est tellement rapide que l'affection se termine en trois jours,
ne on l'a observé. Habituellement l'évolution des phénomènes se prolonge
ntage, sans qu'on l'ait vue dépasser vingt-neuf jours, sauf dans les cas où la
e aiguë passe à l'état chronique. L'enchaînement des trois périodes que
signalées, lorsqu'il existe (car il n'est pas constant), est une particularité
au diagnostic. Malgré la rapidité de l'évolution de la maladie, on peut
re à profit l'inoculation du pus des pustules de l'homme au cheval, pour
rmer le diagnostic. Mais aucune de ces données n'est aussi importante que
des antécédents qui se rapportent à la contagion subie dans le principe par
alade.

tte contagion primitive une fois établie, en effet, soit par la déclaration du
de lui-même, soit par l'interrogatoire, le diagnostic s'élucide immédiate-
t. La contagion a lieu du cheval à l'homme ou de l'homme à l'homme, sans
l'on puisse toujours s'assurer si cette contagion a eu lieu par infection ou
inoculation. La profession du malade peut suggérer l'idée de la maladie, ce
est important; car ici, comme dans une foule de circonstances analogues,
tenir le diagnostic que de penser à l'affection cherchée. On devra se méfier
quefois des assertions des malades qui, par intérêt personnel vis-à-vis des
ments d'hygiène publique, dont la sévérité est connue, refusent d'avouer
s ont des chevaux morveux.

L'inoculation du virus morveux est quelquefois difficile à découvrir, la maladie se déclare chez des individus occupés à manier des débris pr des abattoirs, des crins, par exemple, ainsi que Duclos l'a signalé (*Jo méd.*, 1846). Quelquefois même la cause est impossible à trouver, comi un fait rapporté par Teissier (de Lyon), dans lequel on a été disposé à cas de morve spontanée.

3° *Pronostic.* — La mort est presque constamment la terminais morve aiguë, car on n'a jusqu'à présent cité que deux faits de guéris dû à Mackensie, l'autre à Carnevale-Arella (*Giornale delle sc. med. rino*).

II. **Morve chronique.**

La morve chronique, qui a été décrite par Tardieu dans sa thèse ina diffère particulièrement de l'aiguë par sa marche lente et continue, qui prolonger plusieurs mois et même plusieurs années, jusqu'à cinq ou six

1° *Éléments du diagnostic.* — Dans la morve et le farcin chroniqu d'abord des symptômes locaux différents.

Que la morve chronique succède au farcin ou se montre d'emblée, exempte d'éruption vers la peau, de tuméfaction ou de rougeur des tions. C'est vers les *voies respiratoires* et vers la *bouche* que se mon accidents locaux caractéristiques. Ordinairement, après un *mal de gor* la *toux*, apparaissent : une *douleur* vers la trachée, une *sorte d'ét ment*, l'altération de la *voix*, et même une *aphonie* complète et plus persistante; le malade se plaint d'un *enchifrènement* qu'il est facile d naître à ses *reniflements* continuels; les *narines* semblent bouchées nent difficilement passage à l'air. Parfois il y a une *douleur sourde* a du nez et jusque dans les sinus; au bout d'un temps plus ou moins malade se mouche plus fréquemment que de coutume, et le *mucus* contient du *sang* en caillots, quelquefois des *croûtes* ou du *pus*. L puriforme est rarement assez abondant pour constituer un véritabl L'examen des fosses nasales peut y faire découvrir des *ulcérations*, et, d'un stylet, des *inégalités* ou même la *perforation* de la cloison qui e tent. Du côté de la bouche, si la maladie dure déjà depuis un certain te peut constater des *cicatrices*, et le plus souvent, soit dans la bouche, s le pharynx, des *ulcérations* analogues à celles des fosses nasales, ulc que l'on peut seulement soupçonner dans le *larynx* et la *trachée*.

Dans le *farcin chronique*, ce ne sont plus les symptômes vers les re piratoires qui dominent; ce sont principalement les *abcès sous-cutanés*, térisés par des *tumeurs* rapidement fluctuantes dans la plupart des ca vant disparaître brusquement ou se cicatriser après l'écoulement du pu se montrer dans d'autres points, ou donnant lieu à des *fistules* et à des de mauvais aspect, pouvant persister un temps fort long, sans tendanc hissante. Il est à noter que l'on a trouvé après la mort des ulcération pituitaire dans les cas de symptômes farcineux simples en apparence, prouve bien la nature identique des deux affections.

A ce cortége d'accidents spéciaux s'ajoutent des symptômes généra muns à la morve et au farcin chroniques : des *douleurs articulaires* e *culaires*, la *diarrhée*, des *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et ses irréguliers, les sueurs alternant avec la sécheresse de la peau, l'*æd* extrémités inférieures, le *teint* jaune et terreux, l'*amaigrissement*, l'*é ment*, l'insomnie et tous les signes d'une *cachexie* profonde.

2° *Inductions diagnostiques.* — La maladie a quelquefois des prod

caractéristiques par eux-mêmes, comme du malaise, de l'affaiblisse-
; douleurs très-vives dans les membres et les articulations, et parfois
rodynie extrêmement pénible. Lorsque les symptômes de la maladie
: se déclarent, le diagnostic cesse d'être douteux lorsque l'origine de
ressort de l'interrogatoire du malade, et s'il a eu, avant le début, des
ıvec des chevaux atteints de la morve.

ts les plus difficiles à reconnaître sont ceux où l'obstruction des fosses
it le seul symptôme observé, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. On peut
rs à un *polype des fosses nasales* ou à toute autre affection chroni-
ette région. — Quand il y a des ulcérations, des abcès, c'est avec la
constitutionnelle que l'on peut facilement confondre la morve et le
oniques. Mais avec les ulcérations dues à la morve, on ne constate pas
taillés à pic et un fond grisâtre, une destruction rapide des os du nez,
ırche phagédénique des ulcères pharyngiens comme dans la syphilis;
d'ailleurs que cette dernière affection n'ait pas été caractérisée précé-
par des chancres et des syphilides. Enfin l'inefficacité absolue d'un
t antivénérien devra donner l'éveil dans les cas douteux, et faire reje-
ence de la syphilis.

oujours craindre, lorsque l'on a reconnu la maladie, qu'il n'y ait dans
nasales et la trachée des lésions ulcéreuses beaucoup plus graves que
l'annoncer la bénignité des symptômes du côté de ces organes. D'un
, il peut survenir comme complications une *bronchite capillaire*, une
, ou même une *pneumonie*, parfaitement caractérisées par leurs
ysiques.

nostic. — La mort dans le marasme ou par la transformation de l'af-
morve aiguë, est la terminaison à peu près constante de la morve et
chroniques. La guérison a été moins rarement observée dans le farcin
la morve. Monneret (*Gaz. méd.*, 1843), Cazin (*Gaz. méd. de Lyon*,
1. Bourdon (*Acad. de méd.*, 1858) en ont publié des exemples; Jules
ı a également observé un.

VEMENTS. — *Voy.* Myotilité.

EDINÉES. — *Voy.* Parasites végétaux.

JS. — Les membranes muqueuses sécrètent du mucus, comme les
es séreuses sécrètent de la sérosité, et dans bien des circonstances ce
xpulsé au dehors, constitue une donnée de diagnostic par ses carac-
pres, ou plus ou moins modifiés.

ucus sont des humeurs ayant pour caractères communs : une certaine
une consistance plus ou moins filante ou presque demi-solide (due à
ances coagulables nommées *mucosines*), une teinte grisâtre, transpa-
demi-transparente. Vus au microscope, ils tiennent en suspension :
les d'épithélium de la muqueuse dont ils proviennent, et leurs carac-
nt reconnaître de quelle muqueuse provient le liquide muqueux; des
s (désignées d'abord comme les globules dits muqueux) qui se pro-
ıvec une grande facilité à la surface des membranes; des *gouttes*
des *granulations moléculaires*, des *algues*, des *vibrions* et autres
, lorsque ces humeurs s'altèrent (Ch. Robin, *Leçons sur les hu-*
tc., 1867).

ıcosités excrétées sont un des principaux éléments ou signes des cra-
252), de la dysenterie (où le mucus est mélangé de sang), de la cys-
mucus est mélangé à l'urine. En général, l'excrétion du mucus résulte
lammation dite catarrhale ou d'un simple *flux* des muqueuses. Cette

signification est facilement établie, ainsi que la détermination de la muq qui est le siége de l'hypersécrétion, lorsque le mucus est plus ou moins p transparent. Il n'en est plus ainsi lorsque la viscosité du mucus est dimi et qu'il est rendu opaque et jaunâtre par la présence des cellules épithéli de leucocytes (*Voy*. PUS).

MUGUET. — Depuis que le microscope, grâce aux travaux de M. Ch. Robin, a démontré que l'éruption buccale du muguet n'était qu'un phé*nomène parasitaire* contagieux, se développant dans des conditions parti lières, l'histoire du muguet comme maladie s'est considérablement simp Les accidents généraux graves qui ont été d'abord considérés comme parties du cortége symptomatique de l'affection sont descendus au rôle de c tions pathologiques favorisant simplement l'apparition du parasite végé muguet (l'*oïdium albicans* de Ch. Robin). Gubler, dans un Mémoire l'Académie de médecine (août 1857), a contribué à faire envisager la q sous son véritable jour (*Mémoires de l'Académie de Médec.*, t. XXII.)

C'est principalement chez les enfants du premier âge qui sucent un b sein mal formé, qui sont atteints de diarrhée, d'affaiblissement prononcé sont exposés à de mauvaises conditions hygiéniques, et plus rarement chez dulte atteint d'une maladie grave arrivée à sa dernière période (comme la f typhoïde, la phthisie), et quelquefois à marche aiguë, que l'on voit app le muguet. Suivant Gubler, il ne se développerait que dans les cas où les s tions buccales d'alcalines deviendraient *acides*.

Toute la gravité du muguet, dont j'ai indiqué ailleurs les caractères (V PARASITES végétaux) et les différences avec les fausses membranes diphté ques (p. 297 et 300), se tire de la gravité même des affections dans le c desquelles il apparaît.

MUQUEUSES (Membranes). — Ces membranes forment la tunique plus interne d'un certain nombre d'organes creux, des organes digestifs pro ment dits, des voies respiratoires, génito-urinaires, et elles doublent les pières en recouvrant la surface des globes oculaires. La tunique muqueuse, niveau de laquelle se passent, pour les premiers de ces organes, leurs phé mènes fonctionnels les plus importants, peut être atteinte de *congestion*, d *morrhagie*, d'*inflammation simple*, *ulcéreuse*, *gangréneuse*, et le s d'un exsudat *pseudo-membraneux* dans les parties accessibles à l'air o l'exploration, c'est-à-dire au niveau des cavités buccale, pharyngienne, fosses nasales, des voies respiratoires, du pourtour de l'anus et de la vulve, paupières et des globes oculaires. La moisissure du *muguet* peut se dévelo sur toutes les membranes muqueuses à épithélium dont la sécrétion s'a Les muqueuses sont de plus atteintes de lésions fonctionnelles, de *flux* plu moins abondants, symptômes auxquels les anciens attachaient l'importance véritables maladies.

Les *signes* que fournissent les membranes muqueuses varient suivant qu'e sont ou non accessibles à la vue ou à l'exploration médiate par les spécul par le palper simple, par les stylets, les sondes, ou par l'auscultation. Dans profondeur des organes, les muqueuses ne peuvent fournir en général que signes indirects, résultant surtout de l'évacuation au dehors de matières ét ou modifiées, dont les caractères physiques, anatomiques ou chimiques révè l'origine.

MUSCLES. — Les muscles striés occupent superficiellement les cavités splanchniques et forment presque toute la masse des parties molles membres. On retrouve encore les muscles composant presque entièrement ce

ies internes (cœur, diaphragme), et, formés de fibres lisses, dans des organes creux. Je rappelle cette universalité du tissu musculaire remarquer que les affections propres aux muscles peuvent se rencon-outes les régions du corps.

dies. — L'*hémorrhagie* intra-musculaire, la *myosite* ou inflamma-iuscles, quelques *douleurs particulières* (comme le *tour de reins*, *isme musculaire*), l'*atrophie* primitive ou secondaire, la *pseudo-hie*, la *paralysie* complète ou incomplète du mouvement, ou du l'activité musculaire, et enfin les *convulsions* cloniques ou toniques es, rétractions) : tels sont les principaux états pathologiques ou les que l'on peut observer au niveau des muscles volontaires. Mais je ier encore qu'il existe chez les vieillards un *affaiblissement mus-ogressif* qui tient à une altération de nutrition des muscles eux-qui a été signalé par Empis (*Arch. de méd.*, 1862, t. XIX), dans e dont il a été question au mot AGES (p. 23). Des *altérations mus-ccidentelles*, constatées au microscope, ont été décrites par Hayem rre tiphoïde principalement, et dans plusieurs autres maladies aiguës *iol.*, 1866). Quant aux muscles de la vie organique, on a signalé le *ne*, les convulsions (dénommées ici *spasmes*) et la *paralysie*, comme très-rares. Les hyperémies sont dues à la paralysie ou au relâche-uuscles lisses des capillaires.

ptômes. — Les symptômes fournis par les muscles sont assez nom-*douleur* qu'on y constate est parfois spontanée, mais le plus souvent *par les contractions* du muscle, par leur pression ou par leur frot-l'intermédiaire de la peau (Briquet).

ations douloureuses dans les mouvements doivent être étudiées avec du malade; car il peut se faire que ces douleurs aient leur point non dans les muscles, mais dans les articulations, ce que feront les douleurs pendant la flexion ou l'extension opérées par l'observa-t plus difficile parfois de décider si la douleur siége dans les fibres s ou bien dans les filets nerveux, de manière à caractériser une véri-ALGIE.

douleur produite pendant les mouvements des muscles, d'autres iltent du désordre de ces mouvements mêmes, avec ou sans douleur; les *contractions fibrillaires* visibles, des contractions involontaires *sives* plus étendues, tantôt passagères, tantôt continues; la faiblesse sibilité même de ces contractions (indiquant une *paralysie* ou une ncomplètes ou complètes); et enfin une incertitude des mouvements s résultant, non plus d'un affaiblissement réel de la fonction motrice, n défaut de coordination (*ataxie musculaire*, *tremblements*).

loration. — Elle s'effectue de différentes manières. — L'*inspection* er la saillie de certaines tumeurs musculaires, les convulsions cloni-niques, la difficulté ou l'impossibilité de certains mouvements, cer-udes ou déformations révélatrices d'une lésion des muscles, et leur ancée et plus ou moins étendue. — La *palpation* révèle la contrac-est pas visible par le relief particulier du muscle contracturé ou par de son tendon; elle perçoit, en effet, sa dureté turgescente, dont le forme sentie ne peuvent laisser de doute à l'observateur sur la réalité acture. Lorsqu'à la dureté du muscle se joignent son extrême sensi-ı gêne dans les mouvements du membre, il peut y avoir *myosite ièse,* 1851). On constate aussi par la palpation la mollesse flasque et

comme graisseuse de certains muscles atrophiés. — En imprimant artificielle- ment aux membres certains mouvements, on obtient également des signes u... soit que l'on constate l'impossibilité de vaincre la résistance d'une contractu... soit que l'on procède comme Duchenne (de Boulogne) pour examiner le d... de force des mouvements partiels des membres : le malade étant couché, on... fait exécuter les mouvements que l'on veut étudier, et lorsque les muscles... l'exécutent sont maintenus en contraction, on agit sur l'extrémité du mem... en sens contraire. Le degré de force qu'il faut employer pour surmonter... contractions volontaires du malade donneraient une idée assez nette du d... de force de ces contractions (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII, p. 654).

Les *dynamomètres* servent à indiquer exactement le degré de la force...



Fig. 137. — Le dynamom... composé : 1° d'un ... sort roulé en spirale et ... par deux branches droites ... placées parallèlement à ... de l'autre ; ce ressort est ... tension par l'écartement ... branches ; 2° de deux p... P, P, qui sont fixées à vol... à l'extrémité des branches ... ou près du point du centre, ... à l'aide desquelles on écar... branches ; 3° d'une plaque C, ... sur la face antérieure du res... sur laquelle sont gravées ... deux lignes A, B, des ... depuis 1 kilo jusqu'à 1... pour la première ligne et ... 40 kilos pour la seconde ... 4° d'une aiguille D, mise en ... vement par l'écartement des ... ches A, A, et qui marque le ... de force qui produit cet é... ment en s'arrêtant sur ... telle division de la plaque ... peut servir à mesurer la for... fléchisseurs des doigts, com... dynamomètre de Burq. On le ... alors dans la paume de la ... comme l'indique la figure. ... mesurer la force d'un m... une courroie Q étant fixée ... part à l'une des poignées, à l... du crochet R, et d'autre ... l'extrémité de la partie des ... bres dont on veut mesurer la force (cette courroie peut être remplacée par une serviette ou un ... plié en cravate), on saisit l'autre poignée libre et l'on tire en sens contraire du mouvement ... que l'on fait exécuter par le sujet, jusqu'à ce que l'on ait surmonté la résistance. Alors l'aiguil... mise en mouvement par l'écartement des branches O, O, marque, sur la ligne B, si les poignées ... fixées en bas, et sur la ligne A si les poignées ont été fixées près du point de centre, la puissan... mouvement partiel exécuté.

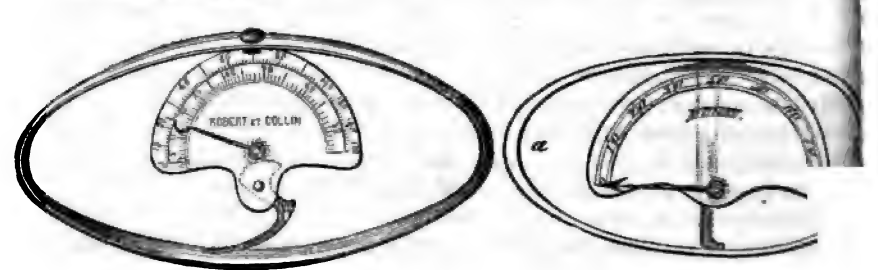


Fig. 138. — Dynamomètre Robert et Collin.

Fig. 139. — Dynamomètre Mat...

Les plus commodes et les plus faciles à employer dans la pratique sont
Duchenne, *fig*. 137, 138 et 139.

quelle que soit la simplification de ces appareils, ils ne sont pas générale-
ilisés. Il faut, lorsqu'on en fait usage, recommander à chaque malade
e toute sa force de contraction pendant leur emploi. — Marey, qui a ap-
n appareil *enregistreur* à la contraction musculaire, parviendra-t-il à
r l'instrument de façon à le rendre usuel, comme le sphygmographe
pouls? Ce serait à désirer, car le diagnostic des affections musculaires
rait que beaucoup gagner à l'emploi d'un instrument explorateur de ce
— Enfin l'*électrisation*, en provoquant la contraction involontaire des
, rend au diagnostic des services autrement importants, comme l'a
é Duchenne (*Voy*. ÉLECTRISATION LOCALISÉE, p. 323, et PARALYSIES).

ICAUX (Bruits). — *Voy*. VASCULAIRES (Bruits).

SITATION. — Le mouvement des lèvres appelé mussitation qu'exé-
ertains malades, comme s'ils parlaient à voix basse, est ordinairement
é avec des phénomènes cérébraux graves.

ISME (accidentel). — Le mutisme accidentel se distingue de l'aphonie,
'il y a absence de tous les mouvements destinés à produire ou à arti-
; sons, tandis que, dans l'aphonie, l'impulsion de l'air et les mouve-
ur l'articulation des sons ont lieu, mais le son n'est pas produit.

tisme accidentel peut être causé *primitivement* par une *émotion vive*
, par la *foudre*, par l'*hystérie* (qui pourtant occasionne plus fréquem-
phonie). — En dehors de ces trois conditions, le mutisme est *sympto-*
d'une destruction des *nerfs récurrents*, d'une *hémorrhagie céré-*
un *empoisonnement*, et, suivant plusieurs auteurs, de la présence
zoaires dans l'intestin.

gnostic ne présente aucune difficulté, si ce n'est dans la recherche de
s de ces causes. Il est cependant essentiel de déterminer l'origine du
accidentel; car tout le diagnostic est là. Le mutisme *simulé* est d'ail-
ez fréquent, et il faut soupçonner cette simulation toutes les fois que
a quelque intérêt à l'adopter, ce qui est fréquent parmi les recrues
s.

LITE. — Les recherches les plus modernes sur la moelle épinière et
ations ne permettent plus de délimiter comme autrefois le sens du mot
Cette question de la myélite est devenue aujourd'hui très-complexe,
n raison des altérations de nutrition intimes de la moelle qui parais-
la conséquence de l'inflammation, la *sclérose* par exemple (*Voy*. ce
pendant au point de vue clinique, et jusqu'à ce que l'on ait définitive-
olu le problème, le diagnostic de la myélite aiguë ou chronique décrite
bservateurs du commencement de ce siècle, doit être conservé, sauf
myélite chronique à renvoyer aux articles ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRES-
ÉROSE et PARAPLÉGIE.

yélite aiguë.

ments du diagnostic. — Après des fourmillements et de l'engourdis-
ans les doigts et les orteils, quelquefois après des vomissements bilieux
ment des convulsions partielles comme premiers symptômes, il sur-
ne *douleur* dans une partie plus ou moins étendue du rachis; une
e affectant principalement la myotilité et plus rarement la sensibilité
parfois normale ou exaltée, paralysie progressive, occupant les deux

côtés du corps, et le plus souvent les deux membres inférieurs, la vessie et le rectum; dans certains cas, des *secousses convulsives*, de la *raideur*, de la *contracture*, et parfois des *douleurs sourdes* dans les membres affectés; un *mouvement fébrile* existant dès les premiers temps, avec paroxysmes et gêne de *la respiration*. Enfin, suivant quelques observateurs, il y a *érection du pénis* (rare) et *alcalinité des urines*.

Mais ces symptômes sommairement indiqués varient suivant le siége de l'inflammation dans les différentes parties de la moelle, comme l'a indiqué Ollivier (d'Angers). — Dans la myélite aiguë de la *région lombaire*, la douleur est bornée à la région des lombes, et la paralysie aux membres inférieurs (paraplégie), à la vessie et à l'intestin, d'où résultent la rétention et l'écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales. A ces symptômes se joignent parfois des *coliques vives*, des *contractions convulsives* des parois abdominales et la sensation d'un *resserrement douloureux* à leur niveau. La *myélite de la région dorsale*, où siége la douleur, entraîne aussi la paraplégie; il y a des secousses convulsives et continues du tronc, une agitation générale suivie de résolution plus ou moins complète, une *respiration* courte, précipitée, s'effectuant en totalité par l'action des muscles respirateurs externes, et des *palpitations* irrégulières et violentes. — La *myélite cervicale* peut être précédée d'un sentiment de *gêne dans la déglutition* et des autres symptômes d'une angine; la douleur occupe la nuque et la partie postérieure du cou; elle s'accompagne de rigidité prononcée des muscles de cette région et des membres supérieurs; bientôt aux fourmillements dans les doigts des deux mains succède la paralysie des deux membres correspondants, et presque toujours aussi celle des membres inférieurs; en même temps la respiration est très-pénible, diaphragmatique, et la dyspnée s'accroît considérablement jusqu'à la mort. — Enfin lorsque la myélite siége au niveau du *bulbe céphalique*, il survient des symptômes formidables : *trouble des sens*, *délire furieux*, *trismus*, *grincements de dents*; la langue est rouge, sèche, la déglutition difficile, la parole impossible; la respiration est pressée, tumultueuse; des *vomissements* surviennent, parfois des symptômes d'*hydrophobie*. A ces symptômes succède une *hémiplégie* plus ou moins subite, suivie ou non de *paralysie générale* des quatre membres. On peut observer aussi des phénomènes convulsifs et de la contracture des membres, des battements irréguliers du cœur.

La maladie est remarquable par la rapidité de sa marche, puisque la mort, terminaison la plus ordinaire, survient habituellement du troisième au quatrième jour, parfois même en quinze ou vingt heures (Ollivier). Cependant on a vu l'affection se prolonger trente jours.

2° *Inductions diagnostiques*. — Ces phénomènes semblent être au premier abord suffisamment caractéristiques pour ne pas laisser dans l'embarras, attendu qu'ils révèlent évidemment une affection aiguë de la moelle. Mais malheureusement rien dans ces symptômes ne démontre qu'il y ait inflammation.

La connaissance des causes de la myélite ne peut être d'aucune utilité au diagnostic, à l'exception d'une altération constatée des vertèbres (carie scrofuleuse, rachitis) ou de causes traumatiques (efforts, chutes, coups violents sur le rachis, fracture, déplacement des vertèbres). Ces lésions elles mêmes peuvent d'ailleurs produire, au lieu d'une myélite, une congestion ou une hémorrhagie de la moelle, affections dont le diagnostic différentiel avec la myélite a été encore mal étudié, la comparaison ayant porté sur un trop petit nombre de faits.

On a dit que la *congestion* ne donnait pas lieu à des douleurs persistantes des membres, à de la contracture, à des convulsions partielles, à de la ra

pas possible dans tous les cas. — La violence des convulsions, avec
anique du tronc, et les douleurs vives et étendues du rachis, suf-
que l'on ne puisse pas prendre une *méningite rachidienne* pour
'.

te aiguë a été jusqu'à présent étudiée d'une manière trop insuffisante
entre dans d'autres détails relativement à son diagnostic.
›stic. — On doit s'attendre toujours à voir survenir la mort comme
de la maladie. On ne connaît pas de faits de guérison bien authen-

lite chronique.

te chronique peut succéder à l'aiguë ou se développer primitivement
ence des mêmes causes. Les symptômes seuls présentent dans la
onique, relativement à l'aiguë, quelques particularités, dont la prin-
ı différence de durée, la forme chronique pouvant se prolonger pen-
ı plusieurs années. Cette particularité, jointe aux signes de la myélite,
gnostic beaucoup plus facile que pour la myélite aiguë.
myélite chronique, Louis (*Mém. anat.-pathol.*, 1826) a constaté
dromes une *douleur* fixe et très-limitée au niveau de la colonne ver-
:c chaleur incommode, prurit et inquiétudes dans les membres infé-
dernières sensations se dissipant par la marche. On retrouve ici
nes de la maladie la *douleur*, les *fourmillements* et la *faiblesse*,
ıt persister très-longtemps, puis la *paralysie* graduelle, occupant
ıjours les membres inférieurs, et d'abord leurs deux extrémités, por-
sur la myotilité que sur la sensibilité (comme pour la myélite aiguë),
dans les premiers temps, et plus sensible par le repos qu'après la
y a également ici, mais plus rarement que dans la myélite aiguë, de
·, de la *contracture*, des *convulsions;* toutefois il existe très-fré-
des petites contractions musculaires involontaires graduelles et indé-
de la volonté, qui font fléchir peu à peu les membres inférieurs de
ue les talons viennent toucher les fesses, en même temps que les
bres ont une grande tendance à se rapprocher et à se croiser sponta-
ouis). La paralysie de la vessie et celle du rectum, qui sont loin d'être
, viennent lentement aussi et progressivement; elles ne sont carac-
ıbord que par une légère difficulté d'uriner et d'aller à la selle. Il n'y
:vre.
ostic de la myélite chronique dépend presque tout entier des induc-
ournit la *paraplégie* incomplète ou complète (*Voy.* PARALYSIES lo-

ıostic est analogue à celui de la myélite aiguë.

MYOSITE. — L'inflammation aiguë des muscles est une affection rare. Dionis des Carrières, s'inspirant des leçons de Velpeau, a réuni d[ans sa] *Thèse* (1851) les faits connus, d'où il ressort que cette affection, qui s'o[bserve] quelquefois d'emblée ou comme complication du rhumatisme musculair[e, est] caractérisée par un début assez brusque, un appareil fébrile variable, pa[r une] *douleur très-vive*, une *tuméfaction* et une *induration* très-remarqu[ables,] contenues exactement dans les limites des muscles affectés, et enfin par [de la] *gêne dans les mouvements* du membre. La résolution est la terminaison l[a plus] fréquente; la suppuration est rare.

MYOTILITÉ. — On peut rattacher à la contractilité des muscles qui [con]stitue la myotilité, les questions diagnostiques relatives aux mouvements m[uscu]laires, qui peuvent être affaiblis ou abolis, exagérés, pervertis.

L'*exaltation* ou l'*exagération* des mouvements volontaires n'a qu'une s[econ]daire importance comme éléments de l'agitation et de certains délires, [la] *perversion* des mouvements comprend les CONVULSIONS (toniques ou clon[iques)] et l'*ataxie locomotrice*.

Quant à l'*affaiblissement* ou à l'*abolition des mouvements volontair[es, ils]* ne comprennent pas seulement les PARALYSIES complètes ou incomplètes [dont] il est question dans un article particulier. Les mouvements volontaires p[euvent] être diminués ou rendus impossibles, en effet, sans qu'il y ait paralysie d[ans le] sens strictement admis de ce mot. Les affections douloureuses des nerfs (*n[évral]gies*), celles des muscles et des articulations (*rhumatisme*, *goutte*), cell[es du] squelette, comme l'*ostéomalacie*, dans laquelle la faiblesse musculaire gén[érale] jointe à la gêne de la respiration et à la présence des phosphates dans l'[urine] a été considérée comme pathognomonique (Beylard), sont les points de [départ] variés de ces pseudo-paralysies.

Ces différentes causes d'affaiblissement ou d'abolition des mouvements v[olon]taires devraient être désignées par une dénomination spéciale qui manque [à] la science. Il y a, en effet, ici un élément diagnostique bien défini, l'affai[blisse]ment ou l'abolition des mouvements, qui s'offre d'emblée à l'observat[eur et] dont celui-ci doit interpréter la signification, ses inductions s'appliquant a[u fait] tel qu'il se présente. C'est ce que les anciens avaient compris en engl[obant] toutes les difficultés ou les impossibilités des mouvements sous le nom de [para]lysies : mot impropre sans doute, mais exprimant à leurs yeux une donnée [pra]tique de diagnostic qui, pour être négligée par nous, n'en est pas moins r[éelle.] Cette donnée générale a des conditions organiques qu'il faut chercher da[ns le] *squelette*, dans les *muscles*, dans les *nerfs*, et enfin, dans les *centres ner[veux]* qui sont directement atteints par des lésions locales, ou indirectement par [des] états généraux particuliers.

On est conduit à étudier la myotilité par les troubles directement co[nstatés] ou accusés par le malade du côté de la locomotion, de la préhension des o[bjets,] de la parole, de la respiration; par la difficulté ou l'impossibilité de ce[rtains] mouvements; par les déformations qui résultent des lésions ou des tro[ubles] musculaires (atrophie, contracture) (*Voy.* MUSCLES, PARALYSIES).

NASALES (Régions). — Pour bien interpréter les signes que présente[nt le] nez et les fosses nasales, il ne faut pas perdre de vue que ces organes [con]courent au sens de l'odorat, à la respiration, à la phonation, et que leur occlusi[on vers] le pharynx par le voile du palais est indispensable à la régularité de la [dég]lutition.

1° *Maladies.* — Les affections particulières que l'on rencontre au niv[eau des] cavités nasales sont : l'ÉPISTAXIS, l'inflammation simple aiguë ou chroniq[ue]

ou *rhinite* simple), la *punaisie* ou *dysodie* (fétidité des narines), et le *yza ulcéreux* ou OZÈNE, qui s'accompagne ou non de dysodie. On y ren- aussi des lésions qui sont communes à d'autres organes, comme l'exsu- *diphthérique* (coryza couenneux), le *cancer*, les *polypes* et les *calculs*. s, la morve, l'acné, l'impétigo se révèlent par leurs lésions au niveau du des narines, d'une manière toute particulière.

Symptômes. — La *douleur* qui accompagne les affections des fosses es est bien rarement intense; c'est plutôt un sentiment de chaleur, de de tension, de chatouillement, de sécheresse, qu'une véritable douleur. ant aux *phénomènes fonctionnels*, ils se rapportent aux actes que j'ai lés tout à l'heure : à l'odorat, à la respiration, à la voix et à la déglutition. *rat* peut être aboli ou perverti, et la *respiration* rendue difficile par suite onflement de la pituitaire ou de l'accumulation de mucosités, au point inquiétante chez le nouveau-né. On peut en outre constater : l'*enchifrè- nt* (qui est parfois le symptôme principal de la morve chronique); des *uments* plus ou moins fréquents; une voix *nasonnée*, qui peut révéler es affections que celles des fosses nasales (comme la paralysie du voile du); le rejet par le nez des boissons ou des aliments, qui provient de l'inoc- des fosses nasales vers le pharynx; l'*écoulement*, par les narines ou pharynx, soit de sang pur, soit de *mucosités* tantôt aqueuses et irritan- éterminant au pourtour des narines et à la lèvre supérieure un érythème ntel, tantôt plus épaisses, plus ou moins opaques, d'un jaune verdâtre strié de sang, plus rarement concrètes au point de former une sorte de fétide (*Voy.* CORYZA, p. 249), ou contenant des fausses membranes, des ents de cartilage altérés, des parasites. Tels sont les symptômes dont les nasales sont le siége, sans compter les résultats de l'exploration.

Exploration. — L'inspection et la palpation sont les modes d'exploration en usage, principalement pour constater l'existence des ulcérations. *spection* fait constater extérieurement : le *gonflement du nez* dû à des ons externes (comme l'érysipèle et l'éruption varioleuse), sa déformation calculs, par des polypes, par l'ozène, la syphilis; l'*érythème* du pour- es narines dû au coryza; les pustules et les croûtes d'*impétigo* qui les ent fréquemment. La vue peut pénétrer plus ou moins profondément dans es nasales par les narines, surtout si l'on a soin de placer le malade en la lumière, la tête penchée en arrière, et de relever fortement la pointe . On peut y noter de la sorte des lésions internes, et notamment des ions (morve, syphilis, ozène) et même des perforations de la cloison. le LARYNGOSCOPE permet de rechercher médiatement l'existence des lésions s ouvertures pharyngiennes des fosses nasales, comme l'a démontré Czer- ais cette exploration est encore loin d'être sans difficultés sérieuses. *alpation* est également immédiate ou médiate. Elle s'effectue par l'intro- du petit doigt dans l'une ou l'autre narine, ou au moyen de l'indicateur ar la bouche dans le pharynx au niveau des orifices postérieurs des cavi- ales, ou enfin, par les narines à l'aide d'un *stylet* mousse, flexible, et re- en crochet à son extrémité, ainsi que J. J. Cazenave l'a conseillé. ntroduit ce stylet aussi profondément que possible, puis, en le ramenant re en avant, on explore avec son extrémité mousse et recourbée toute la ane pituitaire. Il glissera facilement à sa surface, si la muqueuse est tandis qu'il sera retenu, s'il y a des ulcérations, par leurs bords saillants ollés. C'est surtout vers la voûte ou la cloison qui l'avoisine que l'on ren- habituellement les ulcères.

bon, à la *morve*, à la *fièvre typhoïde*, à la variole, et que Rayer
tes par poisons morbides. Il ne sera pas question non plus ici de
Bright, dénommée néphrite albumineuse par Rayer, ni de la
quelles j'ai consacré des articles particuliers.

Sans donc adopter entièrement les divisions de Rayer, je pu
Traité des maladies des reins, le plus complet qui ait été publié
une grande partie de mes matériaux.

I. Néphrite aiguë.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes propres à l'in
rein, dont on doit dégager les phénomènes qui ne s'y rattachent qu
accessoire ou indirecte et que je rappellerai plus loin, peuvent
més : après des *frissons* au début, constants suivant Rayer, *dou*
d'un seul rein ou des deux, plus profonde qu'une douleur des mu
plus sensible en arrière du flanc qu'à sa partie antérieure, circo
radiant dans les parties voisines, et spécialement vers les ure
l'aine, la cuisse, le testicule chez l'homme, et les ligaments
femme; quelquefois plus vive au niveau de la vessie qu'aux
continue au même degré, augmentant par les mouvements du
pirations profondes, la toux, l'éternument, et par la pression
l'urine toujours diminuée, quelquefois supprimée si les deux rei
avec ou sans *ténesme vésical; urine* fébrile, sans autre caract
déré en lui-même, puisse faire reconnaître la maladie. Si l'on p
la partie antérieure de l'abdomen au niveau de la région lomb
l'autre main appliquée en arrière de la même région, on press
réveille une douleur très-vive. La simple *palpation abdominal*
sion, qui est très-douloureuse, et à laquelle on a attribué une impo
dans la néphrite, constatent très-rarement la tuméfaction du rein.
tômes locaux se joignent des *phénomènes généraux : pouls* fréqu
resse et *chaleur* de la peau, et *exacerbations* fébriles bien tranch

ture de l'abcès dans les voies urinaires; cette rupture peut aussi se faire s le côlon, le péritoine et même les bronches, ou bien l'abcès peut se porter l'ouvrir vers les lombes.

Inductions diagnostiques.— Les signes de néphrite que je viens d'énuer sont loin d'être aussi satisfaisants pour le diagnostic qu'ils peuvent le ître au premier abord. La rareté de la néphrite simple, et au contraire la uence des lésions concomitantes, expliquent, avec le nombre souvent incomt des symptômes ou leur signification variée si on les considère isolément, difficultés que le praticien rencontre. C'est ce qui a fait dire à Rayer que osé général de tous les symptômes que présente la néphrite aiguë forme un au confus.

ssi les symptômes locaux plus ou moins complets, avec la fièvre et les voements, ne peuvent-ils permettre que de soupçonner la néphrite, même d il y a suppuration, comme on le verra plus loin. Pour approcher ou ndre la vérité, il est donc nécessaire de tenir compte non-seulement des omènes actuels, mais encore des antécédents relatifs à l'évolution et surtout cause apparente de la néphrite.

s éléments *étiologiques* du diagnostic peuvent surtout l'éclairer, en explint l'invasion *primitive* ou *secondaire* de la maladie. D'abord les violences rieures portant sur le rein (contusions, plaie, violentes secousses, efforts culaires considérables avec contraction des parois du ventre) sont quelquesuivies de néphrite simple, dite alors *traumatique;* ces causes accidentelles une très-grande valeur comme signes anamnestiques de la néphrite aiguë. ourrait en être de même de l'opération de la *taille*, de la lithotritie, et e de la simple introduction d'une sonde dans la vessie chez des calculeux, e l'action du *froid humide*. On a aussi considéré comme origine de la ma l'ingestion des *cantharides*, du *nitrate de potasse*, de l'huile de *téréthine*.

is la cause de néphrite aiguë que l'on peut hardiment rappeler comme la fréquente de toutes celles que l'on a à rechercher, est la présence d'un ul obstruant l'uretère, et produisant la distension et l'inflammation des es urinaires situés en amont de l'obstacle. La néphrite secondaire, dite *calculeuse*, se reconnaît à ce que le malade a rendu des graviers dans e depuis un certain temps, à ce qu'il y a eu aussi comme antécédents des QUES NÉPHRÉTIQUES. Cette forme de néphrite, dans laquelle les urines peupassagèrement être sanguinolentes et albumineuses, se confond ordinairet par ses symptômes avec l'inflammation des calices et du bassinet du rein *ite*), dont elle n'est que l'extension. Cette coïncidence constitue la *pyélorite*.

a distension des organes par l'urine et par le pus, qui a lieu dans ce cas, aussi être produite par une tout autre cause que les calculs, ce qui cone à rendre le diagnostic plus obscur. L'obstruction de l'uretère est quelois due, en effet, à une *végétation* qui ne peut être reconnue pendant la ou bien à une *tumeur* comprimant l'uretère. La distension des voies urines donne lieu alors à une augmentation de volume et à une grande sensibide l'organe que la palpation peut constater. La palpation pourrait aussi r auparavant fait connaître la tumeur abdominale comprimant l'uretère, ce serait un antécédent très-important. La même distension des voies urinaires, me cause de néphrite, résulte parfois aussi de certaines affections de la ie, du canal de l'urètre, du rectum, de l'utérus, et, d'après Rayer, de la aplégie.

NASONNEMENT. — *Voy.* Voix.

NAUSÉE. — *Voy.* Vomissement.

NÉO-MEMBRANES. — On a fait jouer dans les dernières : rôle important à ces fausses membranes, exsudées sur l'arachnoïd pathogénie de l'hémorrhagie méningée (*Voy.* p. 500). On les a c comme le produit inflammatoire d'une affection particulière décrit chow, qui lui a donné le nom de *pachyméningite* (*Voy.* ce mot).

NÉPHRALGIE. — *Voy.* Viscéralgies.

NÉPHRÉTIQUE (Colique). — *Voy.* p. 198.

NÉPHRITE. — Dans l'étude de la néphrite, je ne puis tenir (néphrites qui ne sont caractérisées que par des lésions nécroscopi que la néphrite *gangréneuse* et celles dues à des maladies générale: *bon*, à la *morve*, à la *fièvre typhoïde*, à la variole, et que Rayer app tes par poisons morbides. Il ne sera pas question non plus ici de la *n* Bright, dénommée néphrite albumineuse par Rayer, ni de la py quelles j'ai consacré des articles particuliers.

Sans donc adopter entièrement les divisions de Rayer, je puiser *Traité des maladies des reins*, le plus complet qui ait été publié sur une grande partie de mes matériaux.

I. Néphrite aiguë.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes propres à l'inflan rein, dont on doit dégager les phénomènes qui ne s'y rattachent que d'ı accessoire ou indirecte et que je rappellerai plus loin, peuvent être més : après des *frissons* au début, constants suivant Rayer, *douleu* d'un seul rein ou des deux, plus profonde qu'une douleur des muscle: plus sensible en arrière du flanc qu'à sa partie antérieure, circonsc radiant dans les parties voisines, et spécialement vers les uretère l'aine, la cuisse, le testicule chez l'homme, et les ligaments ro femme; quelquefois plus vive au niveau de la vessie qu'aux rein: continue au même degré, augmentant par les mouvements du tro pirations profondes, la toux, l'éternument, et par la pression ; s *l'urine* toujours diminuée, quelquefois supprimée si les deux reins s avec ou sans *ténesme vésical; urine* fébrile, sans autre caractère, déré en lui-même, puisse faire reconnaître la maladie. Si l'on pose la partie antérieure de l'abdomen au niveau de la région lombaire, l'autre main appliquée en arrière de la même région, on presse for réveille une douleur très-vive. La simple *palpation abdominale* et *sion*, qui est très-douloureuse, et à laquelle on a attribué une importan dans la néphrite, constatent très-rarement la tuméfaction du rein. — tômes locaux se joignent des *phénomènes généraux : pouls* fréquent, resse et *chaleur* de la peau, et *exacerbations* fébriles bien tranchées, exceptionnellement simuler des accès de fièvre *pernicieuse; langue* d'un enduit muqueux, *anorexie*, *soif*, *nausées* et *vomissements.* de se terminer par résolution, la néphrite a une issue fatale, la mor précédée de *délire* et de *coma.* Enfin si la néphrite se termine par su l'*abcès du rein* peut s'annoncer, après un amendement trompeur d mes, par des *frissons irréguliers*, une *douleur pulsative* au nive malade, quelquefois une *tumeur* occupant le flanc correspondant et *fluctuation* douteuse ou une *ondulation distincte* de liquide, si l'o côté affecté entre les deux mains opposées en avant et en arrière. I urines contiennent *tout à coup une grande quantité de pus* qui rés

ure de l'abcès dans les voies urinaires; cette rupture peut aussi se faire le côlon, le péritoine et même les bronches, ou bien l'abcès peut se porter uvrir vers les lombes.

Inductions diagnostiqu es.— Les signes de néphrite que je viens d'énur sont loin d'être aussi satisfaisants pour le diagnostic qu'ils peuvent le tre au premier abord. La rareté de la néphrite simple, et au contraire la ence des lésions concomitantes, expliquent, avec le nombre souvent incomdes symptômes ou leur signification variée si on les considère isolément, lifficultés que le praticien rencontre. C'est ce qui a fait dire à Rayer que sé général de tous les symptômes que présente la néphrite aiguë forme un au confus.

nsi les symptômes locaux plus ou moins complets, avec la fièvre et les vosments, ne peuvent-ils permettre que de soupçonner la néphrite, même d il y a suppuration, comme on le verra plus loin. Pour approcher ou ndre la vérité, il est donc nécessaire de tenir compte non-seulement des omènes actuels, mais encore des antécédents relatifs à l'évolution et surtout ause apparente de la néphrite.

s éléments *étiologiques* du diagnostic peuvent surtout l'éclairer, en explit l'invasion *primitive* ou *secondaire* de la maladie. D'abord les violences ieures portant sur le rein (contusions, plaie, violentes secousses, efforts ulaires considérables avec contraction des parois du ventre) sont quelqueuivies de néphrite simple, dite alors *traumatique;* ces causes accidentelles ne très-grande valeur comme signes anamnestiques de la néphrite aiguë. urrait en être de même de l'opération de la *taille*, de la lithotritie, et e de la simple introduction d'une sonde dans la vessie chez des calculeux, l'action du *froid humide.* On a aussi considéré comme origine de la ma· l'ingestion des *cantharides*, du *nitrate de potasse*, de l'huile de *térébine.*

is la cause de néphrite aiguë que l'on peut hardiment rappeler comme la fréquente de toutes celles que l'on a à rechercher, est la présence d'un il obstruant l'uretère, et produisant la distension et l'inflammation des es urinaires situés en amont de l'obstacle. La néphrite secondaire, dite *calculeuse*, se reconnaît à ce que le malade a rendu des graviers dans e depuis un certain temps, à ce qu'il y a eu aussi comme antécédents des UES NÉPHRÉTIQUES. Cette forme de néphrite, dans laquelle les urines peupassagèrement être sanguinolentes et albumineuses, se confond ordinairepar ses symptômes avec l'inflammation des calices et du bassinet du rein *lite*), dont elle n'est que l'extension. Cette coïncidence constitue la *pyélorite.*

distension des organes par l'urine et par le pus, qui a lieu dans ce cas, aussi être produite par une tout autre cause que les calculs, ce qui cone à rendre le diagnostic plus obscur. L'obstruction de l'uretère est quelis due, en effet, à une *végétation* qui ne peut être reconnue pendant la ou bien à une *tumeur* comprimant l'uretère. La distension des voies uris donne lieu alors à une augmentation de volume et à une grande sensibile l'organe que la palpation peut constater. La palpation pourrait aussi auparavant fait connaître la tumeur abdominale comprimant l'uretère, ce rait un antécédent très-important. La même distension des voies urinaires, e cause de néphrite, résulte parfois aussi de certaines affections de la e, du canal de l'urètre, du rectum, de l'utérus, et, d'après Rayer, de la légie.

La néphrite primitive ou secondaire pourrait être confondue avec d'au affections ayant pour siége la région lombaire ou le flanc correspondants : congestion des reins, la périnéphrite, l'hépatite, la pyélite, le lombago, les co ques néphrétique ou hépatique. — La *congestion rénale* n'a de commun av la néphrite aiguë que la douleur lombaire et l'albuminurie. Mais il peut arr qu'au début des maladies aiguës fébriles la fièvre, des nausées, des vomis ments, ou l'extension de la douleur au testicule, ainsi que je l'ai vu à l'inva d'une variole, viennent donner momentanément le change au praticien, s'il songe pas à la possibilité de la simple congestion. — La *périnéphrite* indép dante d'autres lésions du rein, du foie ou de la rate, ne présente guère caractères différents de ceux de la néphrite qu'à une période avancée : alor flanc se bombe, la tuméfaction s'opère surtout en arrière, et l'on sent palpation une sorte d'empâtement ou d'œdème, alors même qu'il n'y a pa fluctuation évidente. Il est surtout facile de confondre la périnéphrite av néphrite suppurée. — L'*hépatite* se distinguera de la néphrite par la tumé tion régulière du foie et l'absence de troubles du côté de la miction. — Le l *bago* aigu, exaspéré par les moindres mouvements, ne sera jamais pris, ma son siége, pour la douleur due à la néphrite. — La violence de la doule son retour par accès empêcheront aussi la confusion de la *colique néphré* avec la néphrite aiguë. — A plus forte raison la *colique hépatique* acco gnée d'ictère ne permettra-t-elle pas une confusion analogue.

Il est plus difficile de démêler les signes de la *cystite* et de la néphrite un assez grand nombre de cas. On a vu, en effet, des néphrites et des py calculeuses s'annoncer par des douleurs de la vessie ou de l'urètre *plus que la douleur rénale*, et par l'émission fréquente de très-petites quan d'urine décolorée et transparente (Rayer) ; d'un autre côté, il y a souvent co cidence des maladies de la vessie et des maladies du rein, ce qui peut faci l'erreur.

Les *formes* les plus importantes de la néphrite aiguë sont la forme *simp* la forme *calculeuse*. La néphrite *goutteuse* de Rayer rentre dans la forme c culeuse. Quant à la forme *rhumatismale*, la coïncidence de la néphrite avec rhumatisme suffit-elle pour l'établir ? On peut en douter en voyant la néph coïncider également avec une foule d'autres maladies, comme l'a démontré Ray

Le *degré* d'intensité de la néphrite aiguë est surtout subordonné à la ter naison par résolution ou par suppuration, et aux *lésions* concomitantes organes urinaires.

Quant aux *complications*, il y a surtout à redouter les *ruptures*, parmi le quelles est celle (heureusement très-rare) que l'on a vue s'effectuer à tra le foie dans le poumon, et la rupture plus commune et rapidement mortelle foyer purulent dans le péritoine. On a signalé encore, comme complications, inflammations secondaires (par exemple la *péricardite*), et la *paraplég* comme l'ont démontré plusieurs observations de Raoul Leroy, d'Étiolles (*D Paraplégies des memb. infér.*, 1856), dans lesquelles la moelle était saine.

3° *Pronostic*. — Le pronostic de la néphrite aiguë est extrêmement variable. Il ne peut être apprécié qu'autant que la cause de la maladie est bien connue que, par une interprétation rigoureuse des symptômes, on arrive à reco naître l'étendue et l'intensité de l'inflammation. La terminaison par réso est fréquente dans les cas de néphrites traumatiques, et dans ceux de népl simples qui seraient dues à l'action du froid et de l'humidité. Le pronost grave au contraire lorsque la suppuration survient, et ne se fraye pas une i au dehors par les voies urinaires, par le côlon ou par la peau. Il est grave

›s néphrites secondaires, lorsqu'elles dépendent d'une affection de la prostate ou du rein, ou lorsqu'elles surviennent après l'opération de la lithotritie, ou après la simple exploration avec la sonde chez x.

rite chronique.

ıdiqué comme symptômes de la néphrite chronique : des *douleurs* sourdes, profondes, dans une des régions rénales ou dans les deux, parfois des exacerbations, augmentant à la pression plus ou moins ;ions lombaires, ou à la suite d'une course un peu prolongée surtout sans qu'il y ait jamais, comme dans la néphrite aiguë, douleur du suppression des urines. Celles-ci sont cependant rendues en petite ıis fréquemment; elles présentent une *diminution d'acidité*, ou un plus souvent l'*alcalinité* au moment de l'émission, enfin elles fours la plupart des cas, un sédiment amorphe composé de *phosphates t ammoniaco-magnésien*, d'une petite quantité d'urates, et elles suspension des globules muqueux (?). A ces signes se joignent la *usculaire des membres inférieurs* (Rayer), des *troubles diges*-gnes locaux ou généraux des affections concomitantes.

ouvent, en effet, la néphrite chronique, qui s'observe principalement illards, est secondaire; elle se rattache ordinairement à l'existence lont les accidents prennent un caractère chronique après un certain *rétrécissements de l'urètre*, à des *affections chroniques* de la prostate, de l'utérus, de la moelle épinière avec paraplégie, à des de l'uretère.

confondre la néphrite chronique, ni avec la pyélite, ni avec le lomjue. — Dans la *pyélite*, dit Rayer, il y a constamment sécrétion de ucus purulent, et le plus souvent l'urine est trouble et purulente; lans la néphrite chronique, le trouble de l'urine dépend le plus ıt de la présence des phosphates en suspension. — Le *lombago* ar l'augmentation de la douleur dans les mouvements du tronc, et t d'altérations de la sécrétion et de l'excrétion urinaires, se distin-nt aussi de la néphrite chronique.

tic est grave en raison des lésions concomitantes ci-dessus rap-

ORRHAGIE. — A propos des HÉMORRHAGIES par l'urètre (p. 489), les particularités diverses qui permettent d'établir l'origine anatong. J'ai fait remarquer également que, dans l'immense majorité des rrhagie hors des voies urinaires, le sang provenait des reins; et numéré les conditions pathologiques de la néphrorrhagie. Mais il des contrées éloignées des nôtres, une hémorrhagie rénale particuon a admise comme idiopathique, et dont le diagnostic doit être art : c'est l'*hématurie de l'île de France* (Maurice), ou des pays

ıturie ou néphrorrhagie se présente, suivant Rayer. sous trois for›s : 1° l'*hématurie simple*, dont le caractère principal, complète-, est l'absence de toute lésion ou maladie qui, dans nos climats, proırie; 2° l'*hématurie avec gravelle urique*, dans laquelle l'examen ıe décèle dans l'urine, avec les globules sanguins, des *cristaux ue* ou des *graviers* de très-petite dimension; 3° enfin l'*hématurie chyleuses* ou *graisseuses* (*Voy*. URINES). Cet aspect laiteux des le ordinairement à un écoulement de sang, ou bien il alterne avec

les hémorrhagies et finit quelquefois par être persistant pendant de long[ues] années.

Lorsqu'au Brésil, à l'île de France, à Bourbon, où cette affection est en[dé]mique, ou bien parmi nous, chez un individu provenant de ces contrées, [on] constate une hématurie qui présente les caractères dont je viens de parler, [on] devra songer à la maladie qui m'occupe. La constatation d'urines chyleuses qu[i au]raient précédées des urines sanglantes, ne permettra pas d'hésiter dans le d[ia]gnostic; car, jusqu'à présent, les urines graisseuses ne paraissent pas avoir [été] rencontrées dans d'autres conditions. Cependant la question n'a pas encore [été] parfaitement résolue. Ces urines chyleuses, que l'éther clarifie immédiatem[ent,] ne sauraient d'ailleurs être confondues avec les urines simplement albumineu[ses.] Mais il faut savoir que, dans l'hématurie endémique, l'urine peut à la fois [être] albumineuse et graisseuse.

Cette hématurie est-elle toujours exempte de lésions rénales, comme on [l'a] dit? Rayer ne le pense pas, attendu qu'il a reconnu que plusieurs faits d'hé[ma]turie donnés comme idiopathiques étaient symptomatiques de l'une des lés[ions] connues pour être, parmi nous, autant de causes de néphrorrhagie. [Les] recherches de Pellarin ont démontré qu'il y avait des ecchymoses et une i[nfil]tration sanguine de la substance corticale des reins, avec leur hypertro[phie,] constatée neuf fois sur quatorze autopsies, en un mot une hyperémie exag[érée] sans transformation pathologique des éléments histologiques, comme dans [les] autres affections rénales (*Arch. de méd. navale*, 1865). Le docteur Bé[renger a] confirmé ces résultats anatomo-pathologiques (*De la Fièvre hématurique [ob]servée au Sénégal*, 1865). De plus, à propos des entozoaires des organes [uri]naires, j'ai rappelé (p. 366) que des œufs et même un embryon parfait de d[is]tome hæmatobie avaient été constatés par Harley dans l'urine d'un malade du [Cap] de Bonne-Espérance, considéré comme atteint d'hématurie dite essentielle. [Il] y a donc doute au sujet de la nature vraie de cette maladie endémique des p[ays] chauds, et l'on est en droit de se demander si, au moins dans un certain no[m]bre de faits, la néphrorrhagie ne dépend pas de la présence du distome [hé]matobie dans les organes urinaires, où, comme le strongle, il donne lieu à l'hé[ma]turie (*Voy.* Entozoaires).

Il résulte de là que le pronostic de l'hématurie des Iles de France, qui [est] considéré comme sans gravité, doit nécessairement varier suivant son carac[tère] vraiment idiopathique ou symptomatique, et, dans cette dernière circonsta[nce,] suivant l'affection qui produit l'hémorrhagie.

NERVEUX (Appareil). — L'appareil nerveux, composé de *centres* trè[s] importants (cérébro-spinal et ganglionnaires) et de *nerfs* ramifiés dans les dif[fé]rentes parties du corps, est atteint de maladies ou de lésions particulières.

Ces maladies, on le conçoit, peuvent être généralisées ou localisées. El[les] diffèrent suivant que leur manifestation symptomatique a pour point de dép[art] les *centres nerveux* ou les *nerfs*. J'ai rappelé les premières à propos de l'[En]céphale et de la moelle épinière. Quant aux maladies des nerfs, les plus im[portantes] sont, outre les lésions traumatiques, les tumeurs (névrômes), le[s] névralgies et très-rarement la névrite. Les maladies de l'appareil nerv[eux] peuvent se diviser, comme celles des autres appareils organiques, en mala[dies] avec ou sans lésions anatomiques : distinction des plus importantes au point [de] vue pronostique. Les névroses, en l'absence de toute lésion appréciable, fo[r]ment une classe considérable d'affections très-importantes (*Voy.* Névroses).

Parmi les symptômes qui révèlent une maladie de l'appareil nerveux, la *dou[leur]* joue un grand rôle. Il est même impossible à la rigueur qu'elle se produi[se]

l'innervation soit plus ou moins atteinte; mais la douleur qui est sous
lance des affections propres à l'appareil nerveux acquiert une significa-
iculière, soit par ses caractères de violence, d'élancement, de formica-
., soit par son siége au niveau des centres nerveux ou des filets ner-
it enfin par sa coïncidence avec des phénomènes atteignant les fonctions
›n. — Les *symptômes fonctionnels* occupent la plus large place dans
›logie de l'appareil nerveux. Ils sont d'abord caractérisés par des trou-
'INTELLIGENCE, de la MYOTILITÉ ou de la SENSIBILITÉ, soit isolés, soit
›our la production desquels les actions réflexes doivent souvent être
s. Il en est d'autres ensuite qui sont plus spécialement sous l'in-
lu grand sympathique, et qui constituent les troubles de la circula-
llaire. — Quant à l'*exploration* des organes malades, elle est ici en
artie empêchée par l'isolement du centre nerveux cérébro-spinal dans
és à parois osseuses qui les rendent inaccessibles. Les nerfs les plus
els seuls peuvent être explorés par la pression dans les affections rap-
lus haut. Les ramifications extrêmes des nerfs sont fréquemment ex-
ıussi dans leur degré de *sensibilité*, soit au niveau de la peau ou des
des sens, soit jusque dans les muscles. La faradisation, localisée sur
iers organes, permet de juger non-seulement de leur sensibilité, mais
t surtout de la contractilité, comme on l'a vu au mot ELECTRISATION.
cité médicale appliquée sur le trajet des troncs nerveux est générale-
u employée.

rmptômes des maladies de l'appareil nerveux, pris isolément, ont les
:aractères, qu'ils se rattachent à une maladie avec lésion matérielle ou
ne des maladies nerveuses dites dynamiques. Ce n'est qu'en se groupant
symptômes acquièrent leur valeur. Dans certains cas, la signification
nomènes est facile à trouver; dans d'autres, qui ne sont pas rares, le
est facilement induit en erreur : il arrive alors, ou bien qu'il se prononce
e affection des centres nerveux avec lésion matérielle alors que cette
'existe pas, ou bien qu'il méconnaît et rejette l'existence d'une lésion
réellement. Il y a des conditions où les éléments du problème sont tel-
nsuffisants, dans certains cas de paralysie, par exemple, que l'intelli-
plus sagace doit rester en suspens, et que le succès du prétendu tact
n'est que du hasard.

VEUX (État). — On a donné cette dénomination à un ensemble de
ènes nerveux très-variables, se rencontrant dans une foule de maladies
nent, et qui ont été décrits sous les noms de *cachexie nerveuse, va-
ièvre nerveuse*, *marasme nerveux*, *mobilité nerveuse*, *névropathie*
: ou *protéiforme*, *nervosisme*.

a nul doute que les phénomènes si variés qui constituent l'état nerveux
té fréquemment confondus avec des névroses mal définies, comme l'hys-
'hypochondrie. Aussi doit-on savoir gré à Bouchut (*De l'État nerveux
: chronique*, 1860) d'avoir attiré de nouveau l'attention sur ces faits
›ment signalés, et peut-être trop oubliés aujourd'hui, comme pouvant
›r quelquefois un état pathologique primitif et indépendant de toute
ıladie. Cependant il ne faut pas, comme Bouchut, tomber dans l'excès
:, et rayer d'un trait de plume les névroses auxquelles les observateurs
:s ont à bon droit fait prendre place dans le cadre nosologique, comme
psie (Chomel), la gastralgie, l'anémie, l'hystérie. Ces névroses, pas plus
évralgie générale de Valleix et tant d'autres affections du même genre,
ient être englobées sous un nouveau titre pour constituer une nouvelle

maladie, à phénomènes par trop disparates. L'état nerveux n'est autre ch qu'un *état* pathologique analogue à l'anémie, et, comme elle, il est tantôt id pathique et tantôt symptomatique.

Cette manière d'envisager l'état nerveux me paraît le rétablir à sa vérit place, comme épiphénomène complexe et varié des maladies dans la plupart cas, et exceptionnellement comme constituant un ensemble protéiforme troubles nerveux jusqu'à présent incomplétement étudiés et décrits.

C'est évidemment d'après un groupe exceptionnel de faits trop écourtés par suite insuffisants que Bouchut a décrit l'*état nerveux*. Il lui attribue com caractères :

A l'*état nerveux aigu*, une dyspepsie, suite d'impressions morales vives d'un affaiblissement profond, puis de la fièvre, quelquefois avec ptyalisme, n sées, vomissements aqueux, constipation, abattement, hyperesthésies diver illusions sensoriales, dépérissement croissant; ensuite surviendraient des a dents névralgiques et cérébraux très-graves (délire, hallucinations, co convulsions), et enfin la mort après un ou deux mois de souffrances, si traitement convenable ne venait pas enrayer les accidents.

A l'*état nerveux chronique*, bien autrement fréquent que le précédent, rapportent, différemment groupés et parfois isolés, tous les symptômes névroses de l'intelligence, de la sensibilité, de la myotilité, et des viscères mêmes. Il me suffit de les rappeler.

NÉVRALGIES. — Je traiterai au mot VISCÉRALGIES des douleurs ne veuses que l'on observe au niveau des organes contenus dans les cavités spl chniques. Je ne m'occuperai ici que des névralgies des nerfs de la vie relation, en empruntant surtout à Valleix (*Traité des névralgies*, 1841; *Guide du médecin praticien*, 5e édition, t. I) la plupart des matériaux de article. Notta, en 1854, Neucourt (*Des Maladies chroniques*, 1861), Marr (1860), Sandras (*Traité des malad. nerv.*, 1862), Trousseau, et Axenfeld (*D Névroses*, 1863) ont aussi publié des travaux sur le même sujet.

Comme les névralgies sont distinctes par leur siége, et que le siége de la d leur est le premier fait que recueille le médecin auprès du malade, il est indi pensable, au point de vue du diagnostic, d'examiner séparément chaque espè de névralgie. Mais auparavant, et pour éviter les redites, je dois rappeler le particularités générales applicables au diagnostic de toutes les espèces.

I. Névralgies en général.

La *douleur* étant le symptôme essentiel et souvent unique de toute névralgie, il est d'abord nécessaire de bien préciser les caractères qui la distinguent de autres genres de douleur. Cette douleur est spontanée ou provoquée. — La *douleur spontanée* est elle-même continue ou intermittente : *continue*, el est très-incommode sans être violente; ordinairement comparée à une sensati de contusion, de tension, à une pesanteur, à une pression forte; elle dispar rarement d'une manière complète dans l'intervalle des accès; *intermittente*, elle est constituée par des élancements comparés à des déchirements, des arra chements, des brûlures, des piqûres, ordinairement très-aiguës, qui durent très peu de temps (éclairs de douleur) et qui reviennent à des intervalles varia bles et plus ou moins rapprochés. Ces élancements, d'une violence très-divers suivant les cas, et dont les malades indiquent le plus souvent la direction c le trajet du nerf, comme le ferait un anatomiste, ont des *foyers* d'où par douleur lancinante pour se porter d'un point à un autre, tandis que parfois élancements restent fixes dans ces foyers, se produisant à la fois dans plusie points du trajet du nerf, souvent très-éloignés l'un de l'autre. — La doul

l être *provoquée* par divers mouvements plus ou moins brusques du ma-
t, au niveau des parties affectées; mais elle présente surtout un caractère
éral extrêmement important, et sur lequel Valleix a insisté avec d'autant
de raison qu'avant les recherches de Bassereau et les siennes sur la né-
gie intercostale, il était complétement ignoré; ce caractère est l'exaspération
idérable de la douleur par la *pression des foyers* ou *points douloureux*.
e pression est même le meilleur moyen de reconnaître l'existence, l'étendue
degré de sensibilité des foyers de douleur. — Ceux-ci sont tantôt nom-
ux et rapprochés, tantôt rares et éloignés, mais toujours si bien *circonscrits*
la pulpe d'un ou de plusieurs doigts, qu'à un ou deux centimètres de dis-
e, on ne trouve pas habituellement la plus légère sensibilité morbide.
se remarquable, il arrive quelquefois que la pression renouvelée sur un
t trouvé d'abord très-douloureux, cesse de produire de la douleur, ce qui
caractéristique. C'est en partie sans doute cette disposition momentanée qui
it contester la valeur des foyers douloureux tels que les a décrits Valleix.
l'autres fois la peau est manifestement hyperesthésiée à leur niveau (der-
gie).

ne condition capitale pour le diagnostic, c'est que les points douloureux ont,
chaque espèce de névralgie, un *siége anatomique* à peu près constant, que
trouve : 1° *au point d'émergence* du tronc nerveux; 2° dans les points où
let nerveux du tronc *traverse les muscles pour se rapprocher de la peau*
laquelle il vient se jeter; 3° dans les points où *les rameaux terminaux*
nerf viennent s'épuiser dans les téguments; 4° enfin, aux endroits où
troncs nerveux deviennent très-superficiels.

la douleur spontanée ou provoquée de la névralgie se joignent, d'abord
ne symptôme négatif, l'*absence de fièvre*, et, comme symptômes liés à la
die, mais variables et survenant dans certaines névralgies, surtout celles d'une
le intensité, des *troubles fonctionnels* des organes auxquels se distribue le
affecté, troubles fort bien étudiés par Notta (*Arch. de méd.*, 1854), et enfin
res troubles fonctionnels survenant dans des organes plus ou moins éloi-
du siége de la maladie. Les lésions fonctionnelles localisées au niveau des
affectés qui sont communes à toutes les névralgies, sont celles des *mouve-*
ts (paralysie, convulsions), de la *sensibilité* générale ou spéciale (hyperes-
es, anesthésies), des *sécrétions* (sueurs locales, etc.), de la *nutrition* (atro-
, hypertrophie).

marche des névralgies présente, comme caractère constant, des *paroxys-*
souvent très-violents; l'affection se montre fréquemment sous forme d'*accès*
odiques bien tranchés. La durée de la névralgie est très-variable, car elle
t se terminer en peu de jours, ou être très-rebelle et se prolonger pen-
t des années, ce qui dépend des conditions dans lesquelles elle se déve-
le.

est important de rechercher si la névralgie est *idiopathique* ou *sympto-*
tique.

es névralgies idiopathiques sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pen-
lorsqu'on ne tenait compte que des névralgies les plus persistantes et les
s graves. Leurs causes communes les plus utiles à connaître (lorsqu'elles
vent être constatées) sont des *conditions hygiéniques* défavorables, et sur-
t l'*influence du froid.*

Quant aux névralgies symptomatiques, elles sont aussi fréquentes, et ordinai-
ment rebelles et persistantes. On les observe dans les affections organiques
lés développées sur le trajet des nerfs, avec la diathèse rhumatismale et dans

toutes les maladies qui débilitent profondément l'économie, comme l'a
toutes les cachexies, la syphilis invétérée, etc.

Lorsqu'il y a doute sur la nature névralgique de la douleur, on peut
mander si l'on a affaire à une *névrite*, à un *névrôme*, dont le caractère
tif est une tumeur parfois très-petite sur le trajet du nerf, à certains *r*
tismes musculaires limités, ou bien à des douleurs viscérales pr
(*viscéralgies*) ; mais l'existence des points douloureux signalés précéder
ou leur absence en même temps que les signes particuliers à ces diverse
tions sont constatés, ne permettent guère le doute. Le rhumatisme mus
localisé présente d'ailleurs des signes différentiels généraux tout à fait c
ristiques : la douleur occupe une plus large surface, sans être dissémi
points particuliers; les douleurs spontanées sont moins violentes que
névralgie, nulles même ou presque nulles dans l'immobilité, et à leur s
d'intensité dans les mouvements de la partie affectée.

On verra plus loin que les névralgies peuvent souvent être confond
des maladies des viscères au niveau desquels se constatent les douleurs.

Le *siége* des névralgies offre ceci de caractéristique qu'elles occupent
rement le côté droit ou le côté gauche du corps sans dépasser la ligne m
et que, dans les cas rares où elles sont doubles, leur intensité est toujo
grande d'un côté que de l'autre. — Le *degré* d'intensité des accès est d
très-variable; ils sont parfois remarquables par leur extrême acuité. -
ces accès laissent quelquefois à leur suite des troubles fonctionnels pern
troubles partiels de la sensibilité (*anesthésie*, *hyperesthésie*) ou de la
(*paralysie*, *atrophie des muscles*, *mouvements convulsifs*).

Le *pronostic* des névralgies n'est pas grave en général, et elles n'en
pas la mort; mais la grande ancienneté du mal et l'extrême violen
névralgie (ce qui n'est pas ordinaire) peuvent rendre la vie extrêmement

II. **Névralgies localisées.**

Le siége des névralgies dans tel ou tel nerf a motivé la division que l'é
de ces maladies, ainsi que je l'ai rappelé plus haut. Mais cette division
le fait remarquer Valleix, ne doit pas se baser sur le siége limité de la
dans telle ramification nerveuse dépendant d'un nerf principal, mais s
de l'existence de cette douleur dans ce nerf, où elle peut paraître limi
de ses rameaux, mais où il est facile de la trouver disséminée en y c
les points douloureux à la pression.

J'admettrai cette manière de voir dans les divisions qui vont suivre, a
ces restrictions que je ne considèrerai pas comme affections distinctes
vralgies *multiple* et *erratique*, caractérisées par la réunion ou la succe
plusieurs des névralgies décrites ci-après, et que j'ajouterai aux espèces
par Valleix, la névralgie *ano-vésicale*.

Je vais traiter successivement, en me bornant aux particularités qui l
propres, des névralgies *trifaciale*, *cervico-occipitale*, *cervico-brachiale*
intercostale, des *mamelles*, *lombo-abdominale*, *ano-vésicale*, *coccy*
crurale, *sciatique*, et de la *névralgie générale*. Je ne dirai rien de la
de la peau, dont il a été question à part (*Voy*. DERMALGIE). Avant de m
de ces névralgies en particulier, je ferai remarquer qu'elles sont ordin
limitées, mais qu'il n'est pas très-rare de voir la plupart d'entre elles en
nerfs voisins par les anastomoses nerveuses, et se compliquer ainsi l'une

A. NÉVRALGIE TRIFACIALE.

Cette espèce de névralgie a été aussi désignée sous les noms de *tic*
reux, *névralgie faciale*, *prosopalgie*.

Les points ou foyers douloureux qui sont ici le siége de la douleur spontanée provoquée sont les suivants : le point *sus-orbitaire* à la sortie du nerf ntal ou un peu au-dessus ; le point *palpébral,* sur la paupière supérieure ; point *nasal*, à la partie supérieure et latérale du nez ; le point *sous-itaire*, à la sortie du nerf de ce nom ; le point *malaire*, au bord inférieur cet os ; plus rarement les points *alvéolaire*, *labial*, *palatin* et *lingual ;* point *temporal*, qui est un des plus fréquents ; le point *mentonnier ;* nfin le point *pariétal*, aux environs de la bosse pariétale. Très-rarement la leur existe à la fois dans la plupart de ces points ; suivant Valleix, on en ve au moins un dans chacune des trois branches du trifacial.

Comme lésions fonctionnelles, dont on reconnaît l'origine en constatant elles sont précédées ou accompagnées des douleurs dont il vient d'être ques-n, Notta a rencontré, dans près de la moitié des cas (surtout lorsque la né-lgie était sus-orbitaire), une sorte d'*ophthalmie* symptomatique avec rou-r, larmoiement et photophobie ; d'autres fois, l'*affaiblissement de la vue* du é affecté, et certaines *amauroses* par paralysie de la rétine ou par dilatation la pupille (mydriase), qui surviennent quelquefois subitement dans le cours la névralgie et qui disparaissent parfois avec elle. La *mydriase* ou le sis simple, et le *strabisme externe* sont plus rarement observés, ainsi la *constriction spasmodique des paupières* qui ne résulte pas de la pho-bie. On rencontre aussi du côté affecté un véritable *coryza* ou un écoule-nt nasal, de même que, du côté de la bouche, il peut survenir assez fré-mment, pendant les accès surtout, une *salivation* parfois très-abondante, exceptionnellement, des *aberrations* ou l'*abolition* du goût, la *tuméfaction* la *langue* ou la *sueur partielle* du front.

es différents désordres, qui peuvent si facilement induire en erreur si l'on songe pas à la névralgie trifaciale, sont loin d'être les seuls que l'on soit osé à rencontrer. Les lésions du mouvement du côté affecté de la face se contrent presque aussi fréquemment que le larmoiement. Ce sont surtout *convulsions musculaires* (tic douloureux), quelquefois des *contractions manentes* soit du muscle orbiculaire des paupières dont j'ai parlé, soit du séter, des *paralysies* partielles ou de tout le côté affecté (paralysie faciale). sont enfin des *lésions de la sensibilité :* tantôt l'*hyperesthésie*, qui n'est lemment que le degré le plus intense de la maladie, tantôt une *anesthésie* nplète. Plus rarement on observe des *sifflements*, des *bourdonnements* d'o-lle, des douleurs vagues dans les *bulbes des cheveux,* et la *rougeur* de la face c ou sans *tuméfaction* et *chaleur* au moment des accès. Quant à la dysphagie 'aphonie, on doit les considérer avec Notta comme la conséquence de la crainte ouvée par le malade de réveiller les douleurs par le moindre mouvement.

On ne devra pas oublier, en présence de cette névralgie, que la périodicité y plus fréquente que dans toute autre, que les paroxysmes sont répétés, et les accès peuvent être extrêmement douloureux, revenir le jour ou la nuit, irréguliers et se terminer brusquement en laissant un sentiment passager chaleur et d'engourdissement dans les parties affectées ; enfin qu'elle est due ement à la *suppression subite des règles*, à une *violence extérieure*, mais 'elle est plus fréquemment symptomatique d'une *carie dentaire*, d'une *tu-eur* développée sur le trajet du nerf, ou d'un *coryza* aigu (étendu au sinus xillaire), et qui peut ainsi être la cause de la névralgie trifaciale.

Les variétés de cette espèce de névralgie sont aussi nombreuses que les bran-es principales du nerf. C'est ainsi que, suivant la localisation principale de la uleur, la névralgie a été dite *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire*, *maxillaire infé-*

contre la *surdité*, les *amauroses*, la *paralysie faciale*, les *tics* ou
habituelles de certains muscles de la face, et la *paralysie de*
paire, complication remarquable signalée par Marchal (de Calvi),
core voir survenir consécutivement à la névralgie trifaciale, mais
beaucoup plus rares : le *tétanos*, l'*hypertrophie* d'une partie du c
la face ou de ce côté tout entier, par suite des congestions répétées
le siége, et enfin les altérations des *cheveux* qui peuvent deveni
plus durs, perdre leur coloration et blanchir (Trousseau) ou même
plétement.

La connaissance de ces nombreuses particularités est indispens
cien, non-seulement pour qu'il les rapporte à leur véritable origi
qu'il sache en prévoir l'éventualité.

B. Névralgie cervico-occipitale.

Signalée par P. Bérard, elle siége à la partie postérieure du cou
même sur l'épaule. La *douleur* lancinante, qui se joint à la doul
part presque toujours d'un point situé *au-dessous de l'occiput*,
hors des vertèbres cervicales, et va retentir dans les parties supérie
quelquefois jusque dans l'intérieur du conduit auditif externe.

Les foyers ou points douloureux sont : le point *occipital*, ent
mastoïde et les vertèbres cervicales; le point *cervical superficiel*
mergence des principaux nerfs du plexus du même nom; le p
commun à cette névralgie et à la névralgie trifaciale; le point *ma*
l'apophyse mastoïde; le point *auriculaire*, sur la conque de l'orei

Ce qu'il importe de remarquer, suivant Valleix, c'est que cett
complique fréquemment de la névralgie trifaciale par l'intermédi
pariétal qui leur est commun et par les anastomoses des nerfs occi
tal, de même que la névralgie trifaciale gagne avec la plus gra
nerf occipital. — C'est ce qui a fait croire à certains observateurs
due *névralgie du nerf facial* qui n'exite pas. Pour éviter l'erre
constater les points occipital, pariétal et frontal, et de s'enquérir

irt, vers l'épaule et le cou, et de l'autre vers la main, en suivant le nerf

oints douloureux à la pression sont : le point *cervical inférieur* un dehors des dernières vertèbres cervicales; le point *post-claviculaire* igle formé par la clavicule et l'acromion; le point *deltoïdien* ou *cir-*, à la partie supérieure du deltoïde; le point *axillaire*, dans le creux elle; le point *épitrochléen*, à l'endroit où le nerf cubital contourne hlée; le point *cubito-carpien*, vers la jonction du cubitus et du carpe; *radial* à l'endroit où le nerf de ce nom contourne l'humérus; le point *arpien*, vers l'articulation du radius et du carpe; les points *digitaux*. ion des points cubito-carpien et radio-carpien, qui sont le mieux cir-s, détermine quelquefois une douleur très-grande, et peut provoquer cements dans tout le membre. — Comme *lésions fonctionnelles*, on icontrer dans cette névralgie des *contractions spasmodiques* des mus-dant les accès de douleur, et une diminution locale de la *sensibilité*

iolence extérieure, une *brûlure*, une *piqûre* et le *rhumatisme mus-* des muscles de l'épaule sont des causes particulières qu'il ne faut pas de rechercher comme étant celles qui ont été ordinairement con-

limitation des signes de la névralgie résultent les variétés suivantes : les es dites *radiale, cubitale, musculo-cutanée* et *médiane*. Quant aux nières variétés, on peut seulement préjuger, d'après les notions anato- les points douloureux qui les caractérisent, car les auteurs qui les ont s n'ont pas recherché les foyers douloureux à la pression. La *névralgie* est la plus fréquente des variétés de la névralgie cervico-brachiale; la se fait sentir principalement au niveau des deux derniers doigts de la principalement dans le petit doigt, avec engourdissement dans certains Dans la *névralgie radiale*, le point douloureux le plus important est le lial, et, du côté de la main, c'est le pouce qui est principalement dou-et engourdi. — Enfin le docteur Gamberini a décrit sous le nom de *ie brachiale nocturne* une forme de cette maladie caractérisée par son a main et à l'avant-bras et par l'apparition nocturne des accès; les dou-artant de l'extrémité des doigts et principalement des deux derniers, nt jusqu'au voisinage du coude, et peuvent être très-intenses; elles rent par les applications froides, par les mouvements musculaires, qui nt quelquefois la crépitation des tendons, et enfin, elles résistent au le quinine (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1848).

ÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

névralgie, qui est la plus fréquente de toutes, a été nommée *névralgie rue, intercostale, des nerfs spinaux, irritation spinale*, etc. Etudiée par Nicod, Brown, Parrish, elle l'a été surtout par Bassereau, Valleix, iorry et Léoni. Trousseau en a fait l'objet d'une leçon (*Union médi-*64, t. XXVI, p. 307) dont nous ne saurions adopter les conclusions, qui nt les faits observés par Bassereau et par Valleix, et sur lesquelles nous rons plus loin.

évralgie dorso-intercostale peut occuper un ou plusieurs des espaces taux et la région épigastrique jusqu'à l'ombilic. Elle se montre de pré-dans les *sixième, septième* et *huitième* espaces intercostaux, et plutôt gauche que du côté droit. La douleur spontanée ne présente de particu-la direction des élancements, qui se portent ordinairement du rachis

vers le sternum ou l'épigastre, en prenant toujours naissance dans un dont il va être question.

Ces points, dans lesquels se fait sentir aussi la douleur provoq pression, sont, pour chaque nerf intercostal : le *point postérieur* ou un peu en dehors de chaque apophyse épineuse, et à peu près vis-à sortie du nerf par le trou de conjugaison; le *point latéral*, ver moyenne de l'espace intercostal; et le *point antérieur*, sternal ou ép un peu en dehors du sternum, à droite ou à gauche de la ligne blan trique, ou entre les cartilages, vers la région précordiale. Je dois i le siége épigastrique du point antérieur dans la névralgie des der intercostaux; sa limitation précise, ne *dépassant pas le niveau d blanche*, est un signe diagnostique qui, recherché plus fréquemme praticiens dans le cas de douleur épigastrique, empêcherait des er gnostiques qui ne sont pas très-rares, mais qui ont été bien plus lorsque la prétendue gastrite dominait la pathologie systématique sais. Quoi qu'il en soit, c'est au niveau de ces points douloureux, t l'un, tantôt dans l'autre, que les grandes *inspirations*, les *effort* et quelquefois les *grands mouvements* du bras et du tronc, exa douleur.

Tels sont les signes dont la constatation journalière au lit des m la légitimité hors de doute. Ces signes présentent une telle notoriété si facilement admettre, tant ils sont fréquents et précis, que l'on ne qu'à un malentendu quand on voit un observateur de l'autorité de faire imprimer les assertions suivantes : « J'ai toujours été surpris de avec laquelle le public médical a accepté certaines notions diagnos les névralgies données par Valleix, je veux parler des *points doulour ficiels*... Il a indiqué, pour la névralgie intercostale, qui est si comm points douloureux : le premier, correspondant à l'angle des côtes (?); vers la partie moyenne de la côte; le troisième, vers son extrémité st Or, cela est tout à fait faux.... Quels sont donc en réalité ces poin reux? Il y en a trois : l'un, *qui n'a pas été indiqué par Vallei* une importance diagnostique considérable, est celui que j'ai appel *apophysaire...* qui existe, comme son nom l'indique, *sur* les apop neuses des vertèbres... Jamais je n'ai manqué de le trouver » (*Leç* malentendu est flagrant et facile à préciser. D'abord Trousseau a foyers de douleur comme Valleix, et, en réalité, il ne conteste que l foyer postérieur. Mais Valleix n'a jamais dit que le siége du foyer po la névralgie dorso-intercostale fût *à l'angle des côtes;* il l'a indiqu creux *immédiatement en dehors de l'épine vertébrale*. Trousseau l niveau même de l'épine, et jamais en dehors. Depuis la publication de en 1864, j'ai cherché la vérité sur ce point de diagnostic si facile à Or, 1° en pressant du bout d'un seul doigt l'extrémité des apophyses, *n'y ai constaté de foyer douloureux;* 2° en pressant sur ces mêmes deux doigts réunis, qui comprimaient par conséquent un peu sur le l'épine, je réveillais la douleur; 3° mais en comprimant seulement la latérale immédiatement en dehors des apophyses, avec la pulpe du *faisais apparaître la douleur avec toute son intensité*, et seuleme où se trouvaient les autres points névralgiques. La question diagno foyers douloureux postérieurs de la névralgie dorso-intercostale conser netteté et la précision que Bassereau et Valleix lui avaient données; et la de Trousseau s'explique facilement, et par la localisation erronée

attribuée à Valleix, et par le mode de constatation employé au niveau

symptômes fonctionnels de cette névralgie dorso-intercostale, Valleix ans quelques cas des troubles gastro-intestinaux, et il cite un fait ·l des *vomissements* ont paru être la conséquence de la névralgie rcostale. Je crois les faits de cette espèce moins rares qu'on ne pourre. J'en ai rencontré un certain nombre. Beau a signalé aussi l'aneanée comme une coïncidence fréquente de cette espèce de névralgie. questions les plus importantes à résoudre est la détermination du diopathique ou symptomatique de cette névralgie.

ctions auxquelles on peut rattacher la névralgie dorso-intercostale ique sont nombreuses. Ce sont : le ZONA, qui donne lieu à des dou-›-intercostales très-rebelles ; la *congestion pulmonaire*, ainsi que je ırs fois constaté (*Voy.* p. 226); la *bronchite capillaire* aiguë (Val-:*stralgie* (p. 435), l'*anémie*, la *chloro-anémie*, et les *affections uté*-a insisté sur la fréquence de ces dernières causes.

l n'existe pas une des nombreuses affections qui peuvent produire la lorso-intercostale symptomatique, on doit rechercher si un tempé-*rveux*, la *dysménorrhée*, l'*aménorrhée*, des *coups* reçus sur la u une autre cause de névralgie idiopathique, ne viennent pas rendre u certain le caractère primitif de l'affection névralgique.

bli le diagnostic différentiel de cette névralgie avec plusieurs affec-›ureuses siégeant à la poitrine, et qui s'en distinguent par l'absence éloignés douloureux à la pression, et par quelques caractères qui leur es : la pleurésie sèche, par le *bruit de frottement;* la *pleurodynie*, entation de la douleur dans les mouvements respirateurs ; la *ménin-ıle*, par les convulsions, la contracture, la douleur plus étendue et par la pression des apophyses épineuses; le *ramollissement de la* r des douleurs égales des deux côtés et rarement augmentées par la es apophyses épineuses seulement; enfin, la *carie* vertébrale, par la rs le rachis que détermine la pression antérieure d'une côte qui corla carie.

'on peut croire à une simple névralgie dorso-intercostale en présence ›ns qui précèdent, et lorsqu'on examine superficiellement les malabien plus fréquent de voir prendre la névralgie pour une affection rofonde. C'est ce qui arrive lorsque l'intensité et la fixité de la doueure absorbent l'attention et font négliger la recherche des autres loureux, dont la constatation lèverait tous les doutes. — J'ai vu une ·tait traitée depuis plusieurs années pour une *affection du foie* sans : qu'une douleur habituelle au rebord externe des fausses côtes droites, ıi céda, pour ne plus revenir, à la simple application d'un petit vésirphiné; le point vertébral correspondant était très-évident à la presn point névralgique fixé au niveau du cœur, ce qu'il est si fréquent chez les femmes, a fait souvent croire à une *affection de cet organe*, squ'il existe en même temps des palpitations nerveuses. — Quant à épigastrique, elle ne saurait plus simuler une *gastrite* comme autreıt si l'on constate la limitation de la douleur d'un côté, en dehors de nche. On pourrait prendre encore les douleurs épigastriques pour ılgie ou pour des *coliques nerveuses*, et même pour l'*angine de* ·i l'on ne tenait pas compte de cette particularité de la douleur prola pression.

Ce siége différent de la douleur spontanée, la seule accusée ordin par les malades, dans certains points à l'exclusion des autres, a fait adn formes de la névralgie dorso-intercostale que l'on a eu le tort sans considérer comme des névralgies particulières, mais dont la distinc pas moins utile au diagnostic. Telles sont les névralgies dites *dorso costale*, *mammaire*.

Comme *complication*, on a admis l'*herpès zona*. Mais il a été consi seulement comme effet, mais encore comme cause de cette espèce de par Rayer et Notta.

E. Névralgie des mamelles.

Lorsqu'il n'existe aucune tumeur au niveau de la mamelle chez la f peut avoir à constater au niveau de cet organe une douleur névral ou moins généralisée, dont il est difficile de préciser le siége exactem par la palpation, ainsi que l'a fait remarquer Velpeau (*Traité des m sein*, 2ᵉ édit., 1858).

Cette affection se remarque chez les jeunes femmes agées de vingt à ans, dans les mêmes conditions étiologiques que la névralgie, princ avec l'anémie, la dysménorrhée et à l'âge de retour (de trente à quar L'intensité de la douleur est très-variable, et ses irradiations vers l'épaule, le dos, les hanches, sont fréquentes; rarement continues, pa chement intermittentes, apyrétiques, il peut suffire de l'apparition d trues pour les faire disparaître. Ces douleurs n'ont jamais eu d'issu quoique prolongées comme l'action de certaines causes.

F. Névralgie lombo-abdominale.

Cette névralgie est une des plus importantes à connaître au point diagnostic. Elle représente et elle comprend, en effet, plusieurs état giques dont on avait d'abord méconnu la nature, et que Valleix a eu de rattacher à leur véritable origine, ainsi qu'on le verra plus loin. L qui a régné d'abord sur ce point provenait en grande partie de la sitı organes variés auxquels se distribuent des branches des plexus lo sacré, plexus dont les anastomoses sont si nombreuses que l'on s'expli bien que les douleurs névralgiques ne soient pas toujours limitées da dans l'autre.

La douleur spontanée peut s'étendre des lombes à l'hypogastre, surtout dans ce dernier point, un peu en dehors de la ligne blanch souvent du côté droit, qu'elle se fait sentir, parfois sous forme de avec sentiment de torsion et de chaleur; elle peut s'étendre jusqu'à et être exaspérée par les mouvements du tronc, les efforts de défécatio fois par la miction.

Les foyers de douleur sont : le point *lombaire*, que l'on doit cher contre la colonne vertébrale (comme à la région dorsale pour la névral intercostale), mais immédiatement *en dehors du muscle sacro-li* ainsi que Valleix l'avait reconnu dans les derniers temps de sa vie; *iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des îles; le poi *gastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal et en dehors de la ligne bla point *inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope; le point *scrot la grande lèvre*; enfin assez souvent le point *utérin*, qu'on trouve, pa cher vaginal, sur un des côtés du col de l'utérus.

Cette névralgie peut être confondue avec le *lombago*, le *tour de r rhumatisme des parois de l'abdomen*, si l'on ne recherche pas les douloureux, qui ne se rencontrent que dans la névralgie, et avec la péri

:urs du *cancer de l'utérus*, à moins de complication névralgique, ›as non plus ces points douloureux caractéristiques.

algie lombo-abdominale est surtout remarquable par les variétés qui 'ésulter de l'existence ou de l'exagération de la douleur dans telle ou :he nerveuse.

e ou névralgie *utéro-lombaire* ou *utéro-lombo-abdominale*, étudiée ‹ et par Malgaigne, est caractérisée par la douleur propagée au col même côté que les points douloureux extérieurs, ce que démontre le ıginal. La *leucorrhée* (Valleix, Neucourt, Marotte) et la *métrorrhagie ıv. biblioth. méd.*, 1828) ont été constatées comme lésions fonction- cette névralgie, que, suivant la remarque de Valleix, on a confon- nt avec des *affections utérines* d'une tout autre nature.

ralgie ilio-scrotale n'est que la névralgie lombo-abdominale propa- rotum, comme elle peut l'être à la grande lèvre. Elle est caractérisée ıgestion et la douleur souvent excessivement vive qui occupe, chez le testicule, dont le simple contact est alors insupportable (testicule x d'Ast. Cooper), ou la grande lèvre chez la femme. On a cité comme ctionnelles en pareil cas, chez l'homme : des *érections* plus fréquentes, *vénériens* plus répétés, et, comme conséquence de cette variété de une véritable *orchite* dite névralgique, et dont un fait remarquable nuniqué par Marotte à la Société des hôpitaux, en février 1851.

faire de la *névralgie de la vulve* décrite par les auteurs une variété algie lombo-abdominale, comme pour la névralgie utérine ? C'est ce it Valleix. Quoi qu'il en soit, la vulve est le siége des douleurs spon- logues à celles des autres névralgies, et le simple contact, même très- dans certains cas, en est extrêmement douloureux. Il peut en résul- toucher vaginal, l'introduction d'une canule, et surtout le coït, soient s. Une rougeur peu prononcée de la muqueuse et une exsudation légère surviennent quelquefois (Velpeau). Cette névralgie se montre ment chez les jeunes filles au moment où elles deviennent nubiles, :unes femmes avant le premier accouchement, et chez celles qui la ménopause. Je l'ai observée passagèrement au commencement du l'accouchement ; on l'a signalée aussi comme dépendance de diverses ; de l'utérus et de ses annexes.

ısidéré la névralgie lombo-abdominale comme étant quelquefois le épart de la *dysménorrhée*.

ALGIE ANO-VÉSICALE.

vralgie de la vessie et de l'anus a été l'objet d'un article important ı dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes (t. III) ; elle : attention particulière.

:ommence par devenir le siége de *douleurs* lancinantes, en apparence ìcielles, revenant assez souvent *par accès*, d'autres fois continues, des exacerbations. Parfois l'anus *se contracte avec force* par et se relâche bientôt après ; dans d'autres cas, *il s'entr'ouvre* au con- point d'amener une *garderobe involontaire*. Si, en même temps, ı vessie n'est pas envahi dès le début, il ne tarde pas à se prendre, rt des *signes rationnels de la pierre* sont promptement la consé- cette invasion : *besoins d'uriner* pressants, *douleurs vives* du côté ate ; *urines* le plus souvent limpides, quelquefois glaireuses ou *san- ɛs*, s'arrêtant parfois au milieu de l'excrétion pour repartir un instant ffrances augmentant par la fatigue ; *cathétérisme* ordinairement fort

douloureux, causant un sentiment de brûlure remarquable, mais calm
suite les douleurs comme par enchantement, dans certains cas.

La maladie étant caractérisée presque uniquement par les douleurs a
cales, il sera facile de la reconnaître aux caractères de ces douleurs, à l
lagement par le cathétérisme chez certains malades, à la marche de l'a
par accès, à son développement fréquent pendant un *état hémorrhoïd*
fin du rectun (Velpeau), et enfin à l'absence de lésion anatomique g
niveau ou dans le voisinage de l'anus ou du col de la vessie. Ce ne se
sans inattention, et seulement si l'on ignorait l'existence de cette es
névralgie, que l'on pourrait, en présence de ces symptômes, croire à l'e
d'une pierre dans la vessie et surtout tailler le malade, comme Velpeau
pendant vu faire trois fois! De semblables erreurs de diagnostic sont
plus déplorables que l'on doit regarder comme constante la terminaison
névralgie par la guérison.

H. Névralgie coccygienne.

J'ai décrit à l'article Coccyx cette névralgie, dénommée aussi *coccyo*
qui est aussi indépendante de la luxation du coccyx que de la névralgie
sicale dont il vient d'être question.

I. Névralgie crurale.

Le nerf crural est très-rarement affecté isolément de névralgie, tan
l'est au contraire assez souvent dans les cas de violente sciatique. Le
douloureux sont disséminés et circonscrits dans les lieux où le nerf de
perficiel et envoie des rameaux cutanés, dans l'*aine*, à la *partie inter*
cuisse, du *genou*, du *pied*. Comme troubles fonctionnels, on a noté de
de la *sensibilité* et des *mouvements* (Notta).

J. Névralgie sciatique.

Cette névralgie, appelée *fémoro-poplitée* (Chaussier) ou simpleme
tique, est anciennement connue. Mais son étude n'a acquis une préci
fisante que par les travaux plus modernes, et particulièrement par les
ches de Valleix.

La douleur spontanée, continue ou contusive, de la névralgie sciat
souvent très-pénible; elle occupe les foyers ou points douloureux d'où
aussi des élancements plus ou moins fréquents, suivant le trajet du ner
malade indique lui-même.

Lorsque la douleur est très-violente, les mouvements et la marche l'
rent, surtout au moment où le pied appuie par terre; parfois cepen
marche est facile et même soulage au bout d'un certain temps. Ordina
le membre ou seulement l'une de ses parties, le pied par exemple, est
ment le siége d'un *engourdissement*.

Les points douloureux sont : le *point lombaire* immédiatement au-de
sacrum; le *point sacro-iliaque*, au niveau de l'articulation du même n
peu au-devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure; le *point i*
vers le milieu de la crête de l'os des îles; le *fessier*, au sommet de l'éch
sciatique; le *trochanterien*, vers le bord postérieur du grand trochan
fémoral supérieur, le *fémoral moyen* et le *fémoral inférieur*, dans l
du nerf le long de la cuisse; le *poplité*, le *rotulien*, sur le bord extern
rotule; le *péronéo-tibial*, vers l'articulation du péroné et du tibia; le *pér*
point important au niveau de l'endroit où le nerf contourne le péroné; le
léolaire, à la partie postérieure et inférieure de la malléole externe; le
du pied; et enfin le *plantaire* externe, qui est assez rare. Ces différents
se retrouvent ordinairement en assez grand nombre, et plusieurs peuvent

par le malade lui-même; les plus fréquents sont ceux qui siégent vers tion sacro-iliaque, le grand trochanter, le tête du péroné et la mal-

a appelé particulièrement l'attention sur les lésions des *mouvements* *sensibilité*, en analysant les observations publiées et les siennes. Ces onctionnelles sont loin d'être constantes. Ce sont : les *tremblements ires* que déterminent les accès; les *crampes*; la *faiblesse* ou la *semi-e* du membre (Cotugno), et plus rarement la *paralysie complète des* rs du pied, dont Notta cite un fait, et dont j'ai observé aussi un exemple que; l'*atrophie* du membre, due non-seulement à son immobilité, fait remarquer Notta, mais encore à une lésion de nutrition liée à mouvements. Cette atrophie peut être partielle et complète, comme ait pour les extenseurs dans le cas de paralysie que j'ai observé. Enfin n constatée au moment des accès, mais qui est le plus ordinairement te ou consécutive, c'est l'*anesthésie cutanée*, qui n'est pas générale, tée à certaines parties formant des espèces de plaques insensibles.

che de la névralgie sciatique présente ceci de particulier, que les re-iodiques et réguliers des accès sont plus rares que dans les autres af-lu même genre, quoiqu'elle offre les mêmes exacerbations irrégulières, variabilité de durée, et la même fréquence des récidives.

es éléments étiologiques qui peuvent éclairer le diagnostic, les mieux s sont le *décubitus sur la terre humide*, les *contusions* ou les *bles-* nerf, les *lésions de l'utérus*, les *tumeurs du bassin* (surtout dans les évralgie sciatique rebelle), certains *kystes de l'ovaire*, la *grossesse*, s *tumeurs hémorrhoïdales* ou même *fécales*, ainsi que Sandras en a xemple (*Union méd.*, 1851). On voit que la névralgie sciatique peut e ou symptomatique d'affections très-diverses.

nostic différentiel est d'une grande importance si l'on compare les cette névralgie à ceux de la coxalgie. — La *coxalgie*, en effet, peut er d'autant mieux pour une névralgie sciatique qu'il existe de part et s points douloureux à la pression, à la hanche, au genou, derrière la roné, et des douleurs spontanées que la toux et la marche peuvent er en élancements jusque dans le pied. Mais dans la maladie de l'arti-la *pression du grand trochanter* détermine une douleur profonde et aggravée surtout quand on veut imprimer au membre des *mouvements n et d'extension de la cuisse* (Valleix); bientôt d'ailleurs la fièvre hec-e dépérissement rendent le diagnostic très-facile. — La paralysie in-du membre, qui s'observe dans certaines névralgies sciatiques, ne re confondue avec une autre espèce de paralysie, dont elle se distin-s points douloureux caractéristiques.

matisme musculaire siégeant sur le membre pelvien ne saurait être non plus avec la névralgie qui m'occupe, par les raisons que j'ai données t du diagnostic des névralgies en général.

e et l'isolement de la douleur dans une branche ou un filet nerveux du peuvent donner à la névralgie un caractère particulier, qui en fait une la névralgie sciatique, mais non une névralgie distincte. Telle est celle rnée aux nerfs plantaires, et qui a été dénommée *névralgie plantaire u externe*.

complication de la névralgie sciatique, j'ai vu la paralysie complète les extenseurs du pied, avec atrophie, persister après bien des années alade dont j'ai parlé plus haut.

K. Névralgie générale.

Cette affection, signalée par Valleix en 1847 (*Union méd.*), et dont l'un de ses élèves a fait le sujet de sa thèse (Leclerc, 1852), n'est pas seulement caractérisée par la multiplicité, sur le même sujet, des névralgies dont il a été précédemment question, mais encore par un ensemble d'autres phénomènes nerveux généraux très-remarquables.

Cette névralgie générale est très-importante à connaître si l'on veut éviter de la confondre avec des affections cérébrales beaucoup plus graves.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les malades atteints de névralgie générale accusent des *douleurs dans plusieurs parties* ou dans toutes les parties du corps; et si, comme on doit le faire toutes les fois qu'il existe une douleur quelconque (*Voy.* Douleur), on recherche les points névralgiques, on découvre bientôt, partout où il y a souffrance spontanée, les points douloureux signalés comme caractéristiques des névralgies déjà décrites. Ces points douloureux sont plus ou moins nombreux, à la tête, sur le tronc, aux membres; ils sont parfois erratiques, pouvant disparaître ou se montrer dans un point, du jour au lendemain. Parfois il se joint à ces douleurs caractéristiques une *anesthésie partielle* de la peau, qui vient confirmer la nature névralgique des points douloureux.

Mais ce qui donne en même temps à cette affection un cachet à part, ce sont les autres *troubles nerveux généraux*, qui consistent en un affaiblissement de toutes les fonctions nerveuses de relation. La physionomie présente une expression de légère *hébétude*, de *tristesse*, de *découragement*, et parfois d'anxiété; l'attitude générale exprime l'*abattement;* l'affaiblissement notable des membres rend la *marche* lente, vacillante et d'autant plus difficile que les membres sont le siége de *tremblements* lorsque le malade en contracte les muscles; il ne peut faire de longues courses. Cet affaiblissement et ces tremblements, toujours en rapport, suivant Valleix, avec l'intensité des douleurs, sont plus prononcés aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, ce que vous constatez si vous faites étendre horizontalement les membres thoraciques, en disant au malade de vous serrer la main. Les malades se plaignent souvent d'*étourdissements* et d'*éblouissements* qui doivent être rapportés à la maladie; en même temps il y a : une légère *torpeur intellectuelle*, se manifestant par la lenteur des réponses, qui sont d'ailleurs justes; un *affaiblissement de la vue* (amaurose) plus ou moins marqué; une *obtusion de l'ouïe*, parfois des *bourdonnements d'oreille*, et plus rarement l'obtusion du *goût* ou de l'odorat. Il n'y a rien de particulier du côté des autres organes, ni aucune trace de fièvre.

2° *Inductions diagnostiques.* — Cet ensemble de symptômes nerveux remarquables qui caractérisent la névralgie générale peut être la source d'erreurs de diagnostic assez nombreuses. Ces symptômes ont, en effet, quelque ressemblance avec ceux de certaines *congestions cérébrales* chroniques, de la *paralysie générale*, du *delirium tremens*, de l'*intoxication saturnine*, du *tremblement mercuriel*, des *pertes séminales* involontaires, et de la *congestion de la moelle* (Leclerc).

Je ne rappellerai pas les signes qui, dans ces diverses affections, peuvent servir à les faire reconnaître et surtout les faire distinguer de la névralgie générale; l'existence des douleurs et des points douloureux névralgiques associée aux symptômes nerveux doit lever tous les doutes en pareil cas. Seulement il faut penser à rechercher les points douloureux, ce que doit suggérer, ai-je dit déjà, l'existence seule de la douleur.

Le diagnostic est surtout difficile lorsque la névralgie, qui débute tantôt par les douleurs névralgiques, et tantôt par des troubles nerveux sans douleurs

dernière marche. Cela se conçoit facilement, puisque les accidents ıe sont nullement caractéristiques par eux-mêmes. La marche ulté- 'affection, qui est essentiellement chronique et sujette à des paroxysmes, ›n de nouveaux symptômes, et la recherche des éléments étiologiques, ıt manquer de mettre sur la voie. Parmi les causes plus ou moins tiques, on a constaté une *habitation* humide, basse, mal aérée, une *re insuffisante*, des *habitudes d'ivrognerie* (eau-de-vie), et enfin e des *miasmes paludéens*, que Fonssagrives a signalés, le premier, ause de névralgie générale, et qu'il a observée chez deux malades *: méd.*, 1856).

nostic. — Il a été favorable dans tous les cas, ce qui justifie l'opinion ›ix s'était faite de cette maladie.

ıITE. — Depuis que les travaux modernes ont bien fait connaître les ;, ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'on doit admettre une ›ontanée ou idiopathique, en dehors de toute cause traumatique. C'est die d'ailleurs très-rare, et par suite encore peu connue, malgré les ›ns intéressantes de Martinet, de Cruveilhier, et de Ch. Dubreuilh (1845), ›umé dans son Mémoire les travaux antérieurs. L'ophthalmoscope a : bien étudier la névrite au niveau de la rétine. Il ne sera pas question névrite particulière dans cet article où je ne m'occupe que des nerfs s (*Voy.* Rétinite).

ments du diagnostic. — A des *phénomènes fébriles*, tels que la fré- u pouls, la chaleur de la peau, les frissons irréguliers, la céphalalgie ubles digestifs, se joint une *douleur* qui est un caractère constant de .

: douleur spontanée, elle ressemble à celle de la névralgie, et constitue nent de déchirement, d'engourdissement, ou bien des élancements 'ajet du nerf, même dans des points éloignés de la partie atteinte d'in- ›n ; il y a de plus une douleur qui est souvent continue, mais non quant à la douleur provoquée, elle est constante à la pression, et ordi- t très-marquée. On a également signalé de l'*engourdissement*, un *ıt de pesanteur*, de *cuisson*, de *fourmillements* dans le membre, ıble *paralysie* (Martinet), parfois une *rougeur* de la peau au niveau qui forme un *cordon* très-sensible et résistant au toucher.

uctions diagnostiques. — Parmi les éléments symptomatiques que je rappeler, aucun pris à part n'est caractéristique. Mais l'existence de ıvec une douleur vive, avec une rougeur, une dureté du tronc nerveux :, et enfin l'existence d'une paralysie apparaissant rapidement, mais ment complète et rebelle, dans les régions qui correspondent à ce nerf, nt un ensemble des plus probants. La *marche* continue de l'affection, exacerbations variables de la douleur, sa durée de quelques jours à mois, et surtout la connaissance des causes directes qui ont pu produire , sont autant de données qui confirment ou qui élucident son diagnostic. ; causes, je dois rappeler les *contusions* violentes, les piqûres, les *dé-* et toutes les *plaies* des nerfs, l'application d'un cautère (Frère), et la ı du plexus sciatique par la tête du fœtus au moment de l'accouche-

fusion de la névrite avec la névralgie, l'artérite ou les oblitérations veineu- guère possible aujourd'hui. — Dans la *névralgie*, il n'y a pas de fièvre ; r, parfois très-vive aussi, n'est pas continue, elle présente des moments et d'exacerbation marqués, et elle augmente à la pression avec l'extré-

rescence adipeuse des fibres musculaires de cet organe (*Voy.* TRANSFORMAT[ION] GRAISSEUSE).

OBLITÉRATIONS. — Les conduits excréteurs des organes creux, ou organes qui ont une forme canaliculée, sont susceptibles d'oblitération path[o]logique par compression extérieure ou par obturation de leur vide intérieur. L[es] symptômes de ces oblitérations varient suivant les organes. Le seul fait le [plus] général à rappeler est l'arrêt et l'accumulation, en amont de l'obstacle obl[itérant], des liquides ou des matières qui circulent habituellement dans ces org[anes]. Cette accumulation, qui est souvent la manifestation clinique la plus appar[ente] de l'oblitération, a dû être examinée à part (*Voy.* RÉTENTIONS). Il en est de même des oblitérations ou plutôt des OCCLUSIONS INTESTINALES ; je n'ai don[c à] m'occuper dans cet article que des oblitérations des vaisseaux, qui méri[tent] par leur importance un examen particulier.

Oblitérations vasculaires.

Elles doivent être examinées dans les artères ou dans les veines, pour qu['on] en saisisse plus facilement les signes distinctifs. Pour plus de clarté, je m'oc[cu]perai des oblitérations complètes, en indiquant les différences souvent lé[gères] que présentent les simples rétrécissements vasculaires, qui ne sont que [des] oblitérations incomplètes.

La lésion qui interrompt le cours du sang dans les vaisseaux consiste tan[tôt] en une *compression* qui en accole plus ou moins les parois, et tantôt en [une] *obturation* résultant d'une altération organique, d'une coagulation sangui[ne] ou d'une embolie.

Ces oblitérations vasculaires sont en général très-graves. Mais la gra[vité] immédiate en est variable suivant la lenteur ou la rapidité avec laquelle s'op[ère] l'oblitération. Dans le cas de lenteur, en effet, la circulation veineuse collat[érale] a le temps de prendre graduellement un développement qui remédie en pa[rtie] aux inconvénients de l'oblitération d'un tronc veineux principal, et elle facil[ite le] retour du sang vers le cœur. Il peut arriver même que les effets de l'oblitéra[tion] soient complétement contre-balancés par la circulation collatérale; mais [ce] sont là des faits exceptionnels. Si l'oblitération est rapide au contraire, com[me] dans les cas d'embolie ou de coagulation sanguine dans les vaisseaux, on v[oit] survenir les accidents les plus graves. Le pronostic se trouve encore aggr[avé] par l'affection principale qui est l'origine de l'oblitération vasculaire.

Les oblitérations vasculaires ont lieu dans les artères ou dans les veines.

A. OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES.

A. — *Tronc aortique.* — On doit à Barth d'importantes recherches sur [les] oblitérations de l'aorte (*Thèse*, 1837; *Presse médicale*, 1837, t. I). La plu[part] des auteurs lui ont emprunté leurs descriptions.

Quoique les lésions de ce genre n'aient encore pu être reconnues pendant [la] vie, on doit chercher à en formuler le diagnostic, d'après les faits observ[és]. Cela est impossible si l'oblitération occupe les parties supérieures de l'aor[te], où elle coïncide souvent avec un anévrysme de cette artère ou avec une aff[ec]tion du cœur; mais la difficulté paraît moins grande si l'oblitération occu[pe] l'aorte ventrale.

Parmi les signes observés dans ce dernier cas, il en est de peu proba[nts], comme une douleur vers la partie où siége l'oblitération, un *engourdissem[ent]* des deux membres inférieurs, rendant la progression difficile, des *fourmil[le]ments*, des *élancements*. Mais s'il s'y joignait un *sentiment de froid* dans [les] mêmes parties, quelquefois des *taches rouges livides*, indices de gangrè[ne] commençante, une *exagération des battements* et un *volume plus consid[érable]*

que le sujet cherche parfois à dissimuler, il **survient bientôt de la**
r, de l'*abattement*, du *découragement*, des *troubles digestifs*, des
ons, de l'*affaiblissement intellectuel*, et un *dépérissement* plus ou
pide, qui peut se terminer par le *marasme* et par la *mort*, si le ma-
pas l'espoir de retourner dans son pays. Parfois il y a *tendance*
de.

talgie peut être méconnue lorsque le malade dissimule d'abord ce qu'il
Mais dès que l'on soupçonne l'affection, il est facile de provoquer des
de constater l'existence de cette névrose, surtout si l'on ne trouve
organes aucun signe de lésion grave pouvant expliquer le dépérisse-
sujet. Le retour à la santé sous l'influence de l'espoir qu'on donne au
eut venir justifier le diagnostic.

ulation, assez fréquemment observée dans les régiments, se recon-
signe précieux, qui a été signalé, que le vrai nostalgique cherche à
er ou à cacher son chagrin, tandis que l'imposteur l'accuse à tout
l'exagère.

TALOPIE. — *Voy*. HÉMÉRALOPIE, p. 474.

PHOMANIE. — Le désir immodéré du coït qui, chez la femme,
un trouble cérébral analogue au satyriasis chez l'homme, et qui est dé-
ymphomanie, est une véritable manifestation de la folie, dans laquelle
, perdant toute pudeur, provoque tous les hommes, et dans ce but se
liquement à la masturbation. Cette aberration intellectuelle peut exister
arfois il se manifeste de la fureur ou d'autres troubles cérébraux. —
t que la nymphomanie est quelquefois entretenue par un développe-
géré du clitoris, et, suivant les auteurs, par une affection dartreuse,
xyures, une cystite, etc.; mais il faudrait distinguer, chez la femme,
omanie véritable ayant son point de départ dans l'encéphale, de cette
rebelle des organes génitaux qui résulte d'une irritation ou lésion
ale, de même que, chez l'homme, on distingue le satyriasis du simple
e.

SITÉ. — Il résulte de l'obésité exagérée ou *polysarcie*, tantôt des acci-
aux extérieurs qui proviennent du contact prolongé réciproque ou du
nt des surfaces cutanées ou muqueuses, comme l'érythème particulier
çu le nom d'*intertrigo*, comme l'*herpès de la vulve*, et tantôt des
plus graves caractérisés principalement par la gêne mécanique des
ents des organes. Cette gêne est surtout sensible au niveau des organes
comotion, de la circulation et de la respiration. Mais, selon Quain
hir. transact., 1850), des troubles cardiaques graves peuvent résulter,
ement de l'infiltration graisseuse du cœur, mais encore de la dégéné-

rescence adipeuse des fibres musculaires de cet organe (*Voy.* TRANSFORMATION GRAISSEUSE).

OBLITÉRATIONS. — Les conduits excréteurs des organes creux, ou les organes qui ont une forme canaliculée, sont susceptibles d'oblitération pathologique par compression extérieure ou par obturation de leur vide intérieur. Les symptômes de ces oblitérations varient suivant les organes. Le seul fait le plus général à rappeler est l'arrêt et l'accumulation, en amont de l'obstacle oblitérant, des liquides ou des matières qui circulent habituellement dans ces organes. Cette accumulation, qui est souvent la manifestation clinique la plus apparente de l'oblitération, a dû être examinée à part (*Voy.* RÉTENTIONS). Il en est de même des oblitérations ou plutôt des OCCLUSIONS INTESTINALES ; je n'ai donc à m'occuper dans cet article que des oblitérations des vaisseaux, qui méritent par leur importance un examen particulier.

Oblitérations vasculaires.

Elles doivent être examinées dans les artères ou dans les veines, pour qu'on en saisisse plus facilement les signes distinctifs. Pour plus de clarté, je m'occuperai des oblitérations complètes, en indiquant les différences souvent légères que présentent les simples rétrécissements vasculaires, qui ne sont que des oblitérations incomplètes.

La lésion qui interrompt le cours du sang dans les vaisseaux consiste tantôt en une *compression* qui en accole plus ou moins les parois, et tantôt en une *obturation* résultant d'une altération organique, d'une coagulation sanguine ou d'une embolie.

Ces oblitérations vasculaires sont en général très-graves. Mais la gravité immédiate en est variable suivant la lenteur ou la rapidité avec laquelle s'opère l'oblitération. Dans le cas de lenteur, en effet, la circulation veineuse collatérale a le temps de prendre graduellement un développement qui remédie en partie aux inconvénients de l'oblitération d'un tronc veineux principal, et elle facilite le retour du sang vers le cœur. Il peut arriver même que les effets de l'oblitération soient complétement contre-balancés par la circulation collatérale ; mais ce sont là des faits exceptionnels. Si l'oblitération est rapide au contraire, comme dans les cas d'embolie ou de coagulation sanguine dans les vaisseaux, on voit survenir les accidents les plus graves. Le pronostic se trouve encore aggravé par l'affection principale qui est l'origine de l'oblitération vasculaire.

Les oblitérations vasculaires ont lieu dans les artères ou dans les veines.

A. OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES.

A. — *Tronc aortique.* — On doit à Barth d'importantes recherches sur les oblitérations de l'aorte (*Thèse*, 1837; *Presse médicale*, 1837, t. I). La plupart des auteurs lui ont emprunté leurs descriptions.

Quoique les lésions de ce genre n'aient encore pu être reconnues pendant la vie, on doit chercher à en formuler le diagnostic, d'après les faits observés. Cela est impossible si l'oblitération occupe les parties supérieures de l'aorte où elle coïncide souvent avec un anévrysme de cette artère ou avec une affection du cœur; mais la difficulté paraît moins grande si l'oblitération occupe l'aorte ventrale.

Parmi les signes observés dans ce dernier cas, il en est de peu probants, comme une douleur vers la partie où siége l'oblitération, un *engourdissement* des deux membres inférieurs, rendant la progression difficile, des *fourmillements*, des *élancements*. Mais s'il s'y joignait un *sentiment de froid* dans les mêmes parties, quelquefois des *taches rouges livides*, indices de gangrène commençante, une *exagération des battements* et un *volume plus considé-*

ɔuse (*Voy.* TUMEURS intra-thoraciques, et ANÉVRYSMES, p. 65).
ation des symptômes qui occupent la moitié supérieure du corps
samment au diagnostic. Toutefois l'absence de certains de ces symp-
rra donner quelque embarras au praticien, qui devra se baser sur
des données diagnostiques. J'ai observé un cas, rapporté dans le
e Oulmont, et dans lequel, l'œdème faisant défaut (sans doute par
tablissement partiel de la circulation veineuse par des voies colla-
cyanose aurait pu être prise pour un symptôme de maladie des gros
ɔu du cœur; mais la matité étendue hors de la région précordiale,
s d'anévrysme aortique, dut faire penser à une tumeur intra-thora-
e autre nature, ce que justifia l'autopsie. — La cyanose a aussi fait
s des cas exceptionnels. L'œdème pourrait alors faire penser à une
Brigth si l'oblitération était récente, si les veines n'étaient pas dila-
enfin il existait de l'albumine dans les urines; mais l'œdème sera
sa véritable cause, l'oblitération de la veine cave supérieure, si les
nférieurs ne sont pas œdématiés et si l'on trouve dans la poitrine les
n anévrysme aortique ou d'une tumeur d'une autre nature.
est une affection de la veine cave supérieure qui s'accompagne de
gnes de son oblitération, sans que celle-ci soit réelle, et qui peut
us en imposer pour cette lésion, qu'il existe en même temps une tu-
rysmale de l'aorte; je veux parler de l'anévrysme *variqueux* de
de la veine cave supérieure. Toutefois, si l'on tient compte de la
e d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, de l'invasion subite des
econdaires, des progrès plus rapides de l'œdème et des autres symp-
urtout du *bruit anomal* continu avec redoublement que l'ausculta-
ire constater au niveau de la lésion variqueuse (*Voy.* p. 75), il sera
déterminer la cause des symptômes observés.
ation étant constatée, il s'agit ensuite de préciser la lésion qui la pro-
cherchera dans l'existence d'un *anévrysme de la crosse de l'aorte*
umeur intra-thoracique agissant par compression ou par absorption
ion de la veine (tumeur encéphaloïde); plus rarement on aura affaire
ulation sanguine. — La première difficulté du diagnostic, sauf
ns cas d'anévrysme, est de déterminer l'existence d'une tumeur et
nature (*Voy.* TUMEURS). Comment, par exemple, reconnaître l'exis-
anglions tuberculeux, volumineux, comprimant la veine cave supé-
roduisant son oblitération? Évidemment ce ne peut être que par voie
, en même temps qu'il existera des signes évidents de tubercules.
loute dans des faits analogues que Barthez et Rilliet ont rattaché l'œ-
a face, comme signe, à la tuberculisation des ganglions bronchiques
nfants. — Une dernière question plus épineuse encore se présente :
peut-elle occuper la veine cave supérieure, et être rangée au nombre
qui entraînent son oblitération? Oulmont la signale comme cause,
ıt qu'elle fut méconnue pendant la vie, dans un cas où une matité
ile due à un *amas adipeux* avait fait croire à un anévrysme aorti-
ɔit qu'il peut se présenter des conditions inattendues qui rendent,
ns cas exceptionnels, le diagnostic impossible.

UCTION INTESTINALE. — *Voy.* OCCLUSIONS.

TALE (Région). — *Voy.* TÊTE.

SIONS INTESTINALES. — Si l'on a reproché aux anciens
s de comprendre sous le nom d'*iléus* tous les obstacles au cours des
testinales, et cela avec raison, puisqu'ils ne distinguaient pas suffi-

ques heures; sa durée a été au plus de deux jours, dans des cas exceptionnels.

La cause de la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire a été longtemps méconnue. Depuis les belles expériences de Virchow sur les corps migrateurs dans les veines, il est établi par l'observation que la plupart des obturations de l'artère pulmonaire sont dues à l'arrêt, dans cette artère, d'un caillot détaché d'une coagulation sanguine occupant une veine plus ou moins éloignée, d'une EMBOLIE veineuse en un mot. C'est ce qui fait que la mort subite est à craindre dans la *phlegmatia alba dolens*, comme Charcot et Ball en ont rapporté un exemple. Toutefois l'embolie n'est pas la seule cause de l'oblitération qui nous occupe. Elle peut aussi résulter de la formation de caillots *in situ* (appelés *thromboses* par Virchow) et qui sont dus à une lésion de l'artère pulmonaire ou bien à une affection des poumons. L'oblitération de l'artère est incomplète lorsqu'elle est affectée de rétrécissement organique. Louis a signalé depuis longtemps ce rétrécissement de l'artère pulmonaire comme cause principale de la *dyspnée extrême* éprouvée par les malades qui présentent une communication morbide des cavités droites et gauches du cœur (*Mém. ou rech. pathol.*, Paris, 1826).

B. OBLITÉRATIONS DES VEINES.

La plupart de ces oblitérations sont produites par des tumeurs qui les compriment ou qui les détruisent en s'incorporant leurs tissus altérés, ou bien par des coagulations sanguines sur la production desquelles la phlébite n'a pas, comme on le pensait d'abord, une influence exclusive. Ces coagulations spontanées ont lieu plus fréquemment par suite d'une altération du sang, principalement dans des maladies cachectiques, comme le cancer, la tuberculisation avancée, etc. Elles ne sont pas rares dans l'état puerpéral sous la dénomination de PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Ainsi que Bouillaud l'a démontré le premier, ces oblitérations veineuses ont pour symptôme principal l'*œdème*, avec ou sans marbrures violacées dans les parties où les ramifications de la veine obturée ont leur origine. C'est donc l'ŒDÈME qui est en pareil cas le point de départ du diagnostic. Mais il existe des oblitérations qui produisent d'autres symptômes en raison des organes qui sont en rapport avec certaines veines. Telles sont les oblitérations de la *veine porte* (dont il sera question à l'article PHLÉBITE), celle de la *veine sous-clavière gauche* observée par J. Worms dans un cas d'inflammation du canal thoracique, et qui s'accompagna d'une distension des veines du membre supérieur gauche; telle est enfin l'oblitération de la *veine cave supérieure*, dont il va être question.

Oblitération de la veine cave supérieure. — Cette affection était déjà connue et diagnostiquée assez facilement, sans avoir été suffisamment étudiée, lorsque Oulmont, dans un intéressant travail (*Mém. de la Soc. d'obs.*, t. III) en a réuni une vingtaine de faits, dans lesquels l'uniformité presque complète des symptômes est venue donner aux signes de l'affection une précision plus grande.

Ces symptômes sont les suivants : *œdème* de la face étendu à la partie supérieure du tronc et aux bras, et s'arrêtant *à la hauteur de la région ombilicale;* teinte *cyanosée* de ces mêmes parties, ainsi que des muqueuses buccale et oculaire; *dilatation des veines* de la face, du cou, de la poitrine, des membres supérieurs et quelquefois de l'abdomen; tendance prononcée aux *congestions* et aux *hémorrhagies* dans la partie supérieure du corps; *épanchement séreux* dans les cavités pleurales et péricardique. A ces signes se joignent ordinairement ceux d'une *tumeur* habituellement anévrysmale

cancéreuse (*Voy.* TUMEURS intra-thoraciques, et ANÉVRYSMES, p. 65). La limitation des symptômes qui occupent la moitié supérieure du corps sera puissamment au diagnostic. Toutefois l'absence de certains de ces symp-mes pourra donner quelque embarras au praticien, qui devra se baser sur semble des données diagnostiques. J'ai observé un cas, rapporté dans le moire de Oulmont, et dans lequel, l'œdème faisant défaut (sans doute par te du rétablissement partiel de la circulation veineuse par des voies colla-ales), la cyanose aurait pu être prise pour un symptôme de maladie des gros sseaux ou du cœur; mais la matité étendue hors de la région précordiale, s signes d'anévrysme aortique, dut faire penser à une tumeur intra-thora-que d'une autre nature, ce que justifia l'autopsie. — La cyanose a aussi fait ut dans des cas exceptionnels. L'œdème pourrait alors faire penser à une ladie de Brigth si l'oblitération était récente, si les veines n'étaient pas dila-s, et si enfin il existait de l'albumine dans les urines; mais l'œdème sera aché à sa véritable cause, l'oblitération de la veine cave supérieure, si les mbres inférieurs ne sont pas œdématiés et si l'on trouve dans la poitrine les ices d'un anévrysme aortique ou d'une tumeur d'une autre nature.

Enfin il est une affection de la veine cave supérieure qui s'accompagne de s les signes de son oblitération, sans que celle-ci soit réelle, et qui peut tant plus en imposer pour cette lésion, qu'il existe en même temps une tu-r anévrysmale de l'aorte; je veux parler de l'anévrysme *variqueux* de rte et de la veine cave supérieure. Toutefois, si l'on tient compte de la existance d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, de l'invasion subite des idents secondaires, des progrès plus rapides de l'œdème et des autres symp-es, et surtout du *bruit anomal* continu avec redoublement que l'ausculta-n peut faire constater au niveau de la lésion variqueuse (*Voy.* p. 75), il sera sible de déterminer la cause des symptômes observés.

L'oblitération étant constatée, il s'agit ensuite de préciser la lésion qui la pro-it. On la cherchera dans l'existence d'un *anévrysme de la crosse de l'aorte* d'une *tumeur intra-thoracique* agissant par compression ou par absorption destruction de la veine (tumeur encéphaloïde); plus rarement on aura affaire une *coagulation sanguine.* — La première difficulté du diagnostic, sauf s certains cas d'anévrysme, est de déterminer l'existence d'une tumeur et tout sa nature (*Voy.* TUMEURS). Comment, par exemple, reconnaître l'exis-e de ganglions tuberculeux, volumineux, comprimant la veine cave supé-re et produisant son oblitération? Évidemment ce ne peut être que par voie xclusion, en même temps qu'il existera des signes évidents de tubercules. t sans doute dans des faits analogues que Barthez et Rilliet ont rattaché l'œ-e de la face, comme signe, à la tuberculisation des ganglions bronchiques z les enfants. — Une dernière question plus épineuse encore se présente : hlébite peut-elle occuper la veine cave supérieure, et être rangée au nombre lésions qui entraînent son oblitération? Oulmont la signale comme cause, rappelant qu'elle fut méconnue pendant la vie, dans un cas où une matité -sternale due à un *amas adipeux* avait fait croire à un anévrysme aorti-. On voit qu'il peut se présenter des conditions inattendues qui rendent, s certains cas exceptionnels, le diagnostic impossible.

OBSTRUCTION INTESTINALE. — *Voy.* OCCLUSIONS.

OCCIPITALE (Région). — *Voy.* TÊTE.

OCCLUSIONS INTESTINALES. — Si l'on a reproché aux anciens ervateurs de comprendre sous le nom d'*iléus* tous les obstacles au cours des tières intestinales, et cela avec raison, puisqu'ils ne distinguaient pas suffi-

samment les diverses conditions pathologiques de l'obstacle, on doit cependa reconnaître qu'ils plaçaient la question à un point de vue essentiellement pra tique. En présence du malade, en effet, que constate-t-on d'abord? Qu'il y a obstacle au cours des matières intestinales. Que s'agit-il ensuite de détermine La cause de cet obstacle. Au point de vue du diagnostic, on doit donc prend le même point de départ que les anciens. Seulement, grâce à l'anatomie patho logique, nous pouvons remonter des symptômes à la détermination de la lés dans un assez grand nombre de cas, ce qu'ils ne pouvaient faire. Il arrive sa doute trop fréquemment encore que ce diagnostic anatomique est incerta mais au moins on connaît les causes de cette incertitude, et c'est toujours u progrès qui en prépare un plus complet.

Dans un Mémoire sur l'*anatomie pathologique des étranglements inter* (1860), Duchaussoy a résumé l'état de la science. On doit aussi à notre collè Besnier un intéressant travail sur les *étranglements internes*, couronné p l'Académie de médecine (1859), mais ne comprenant pas les occlusions par contenu de l'intestin.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes de l'occlusion intestin envisagés d'une manière générale, et dans les cas les plus graves, sont les s vants : *douleur* ordinairement vive, souvent *subite*, dans les intestins; *dis sion* de l'abdomen, *météorisme*, vive *anxiété*, *hoquet*, *nausées*, *vomissem bilieux* d'abord, puis formés de *matières fécales*, *selles rares* ou *nulles*. les accidents persistent, la *face* s'altère et devient très-anxieuse, les yeux s enfoncés dans les orbites, le *pouls* s'amoindrit jusqu'à devenir insensible, *refroidissement* graduel survient en même temps, et la mort termine ces ac dents, dont la durée est variable, mais le plus souvent courte, et qui sont parfo irrégulièrement intermittents lorsqu'ils se dissipent, jusqu'à ce qu'une dernié attaque plus grave emporte le malade. — Indépendamment de ces symptôm l'*exploration du ventre* fournit des signes importants que je rappellerai pl loin avec d'autres données diagnostiques qui complètent celles qui précéde

2° *Inductions diagnostiques.* — L'ensemble de symptômes que je vi d'exposer représente les cas extrêmes, et il ne faut pas perdre de vue que c symptômes peuvent offrir, sous le rapport de l'intensité ou du nombre, d variations embarrassantes pour le praticien, appelé d'abord à décider s'il y a non occlusion de l'intestin.

Toutefois, parmi ces symptômes, il en est trois dont la réunion est caracté ristique ; ce sont les *douleurs* de ventre, son ballonnement ou *météorism* et les *vomissements* de matières gastro-intestinales. Dans certains cas, il s joint une *tumeur* abdominale qui a aussi son importance. Isolé, chacun de c phénomènes n'a plus la même signification. Les vomissements contenant d matières fécales sont d'une très-grande valeur comme signe d'occlusion inte tinale ; mais ces vomissemets ne sont pas pathognomoniques, car ils peuve résulter d'une communication anomale du gros intestin avec une des parti supérieures du tube digestif, par suite d'une affection ulcéreuse ou cancéreu comme on en a vu des exemples. D'ailleurs, les vomissements stercoraux peuve manquer, et les matières être simplement bilieuses dans des étranglemen complets, ainsi que Rokitanski et d'autres observateurs l'ont constaté. Ce n'es donc que dans de certaines limites, et en faisant la part des faits exception que le vomissement des matières fécales sera un symptôme caractéristique.

L'invasion plus ou moins subite des accidents, leur marche rapide, leur d ordinairement courte (d'un ou de plusieurs jours, et au plus de deux sema environ, sauf dans des cas exceptionnels), leurs antécédents, leur cause o

nelle apparente, sont d'autres données précieuses de diagnostic. Mais je les ellerai mieux à leur place en traitant la question de la *condition anatoue* et du *siége* de l'occlusion de l'intestin, que l'on doit chercher à déterr, dès que l'on pense que l'occlusion a lieu. Nous trouvons à cet égard dans avail de Besnier une analyse intéressante des faits connus que je vais mettre ofit, en complétant la question.

. — *Condition organique de l'occlusion.* — La détermination de la conn anatomique de l'occlusion intestinale est une question très complexe. r le prouver, il suffit de rappeler les différentes lésions qui déterminent les lents observés, et qui peuvent se trouver, comme l'a fait remarquer Maisonre : 1° *en dehors de l'intestin;* 2° au *niveau de l'intestin* lui-même; 3° dans *intérieur.* — Aux premières conditions se rapportent les étranglements rement dits, et qui sont produits : tantôt par des *brides cellulo-fibreuses* ésultant d'adhérences de l'*appendice vermiculaire* ou d'un *diverticule* de estin, sous lesquelles s'engage une anse intestinale; tantôt par des *ouvers accidentelles* du mésentère, de l'épiploon, du diaphragme, par l'hiatus Vinslow, par où pénètre et s'étrangle l'intestin; tantôt enfin par des *tumeurs* es organes très-augmentés de volume, comme la rate, qui étreignent ou priment l'intestin. — Les conditions organiques qui occupent l'intestin luie sont : l'*imperforation* congénitale de l'anus, l'*absence du rectum* chez uveau-né, des *tumeurs* qui ont envahi le tissu de l'intestin au point d'en érer presque entièrement la capacité, des *rétrécissements* ou des *brides tricielles* d'ulcérations internes, qui ont considérablement diminué son re; des simples *torsions* de l'intestin sur lui-même; des *flexions forcées* e anse intestinale maintenue adhérente dans la profondeur du bassin (Cossy, *t. de la Soc. d'observ.*, t. III); des *invaginations.* — Enfin l'occlusion nant du contenu de l'intestin est le résultat d'une accumulation de *matières les* ou de *corps étrangers* non susceptibles d'assimilation, tels que des ux ou des pepins de fruits, des concrétions intestinales, et même des pelode lombrics (*Union méd.*, 1856). L'action de ces dernières causes est isée par un rétrécissement déjà existant de l'intestin.

te multiplicité de causes organiques qu'il faut connaître, oblige d'autant à procéder avec méthode pour arriver à la détermination cherchée que, souvent, l'investigation la plus minutieuse ne permet d'obtenir que des bilités. Ce sont moins les signes généraux de l'occlusion qu'il faut utiliser, les données relatives à l'état du ventre, au début, aux antécédents, en un à l'ensemble des particularités symptomatiques de l'affection.

oriquement, on a cherché à distinguer l'expression symptomatique des entes occlusions intestinales, en se basant sur le plus ou le moins de fréles des symptômes suivant les espèces. Mais au lit du malade, les seules nces utiles sont les particularités cliniques propres à des catégories de s, sinon à des espèces. Ainsi envisagées, les occlusions à déterminer anaement doivent, à mon avis, former quatre groupes, parmi lesquels on era à quelle espèce on peut avoir affaire. Ces groupes sont :

obstructions;
invaginations;
rétrécissements;
étranglements.

r soixante cas d'occlusion intestinale qu'il a recueillis dans les travaux s, Coutagne a compté trente-quatre faits d'étranglements par tumeurs, s, etc., six étranglements internes, dix rétrécissements, et dix invagina-

pation; si enfin cette tumeur cède à l'emploi d'un *purgatif énerg*
disparaître avec les autres accidents du jour au lendemain, il e
s'agit d'une occlusion par accumulation des matières fécales.

Le diagnostic de l'obstruction produite par d'autres corps que
cales est beaucoup plus difficile, parce que d'abord il n'est pas t
de reconnaître la présence dans l'intestin d'un corps étranger
rolithe (*Voy.* CALCULS), lorsqu'ils ne forment pas une tumeu
l'exploration abdominale ou rectale, et parce que, même lors
existe, il est le plus souvent impossible de constater sa natur
présence d'un calcul intestinal dans le rectum, au voisinage
expliquer les accidents d'occlusion et en démontrer la natur
exceptionnels. L'accumulation des noyaux de cerises vers le cœc
l'a observé, ne pourrait-elle pas donner lieu à la sensation
collision ?

b. — *Invaginations.* — L'occlusion intestinale due à cett
signes particuliers : d abord une *tumeur* limitée ou étendue, d
mat à la percussion, sans dureté squirrheuse, plutôt molle, ordi
inégalités, parfois mobile, et dont la rénitence contraste beauc
tains cas, avec le *vide* qu'a produit, dans une autre partie du v
invaginé en quittant cette région. De plus, le toucher rectal s
l'*anse invaginée faisant saillie dans le rectum*, et donnant li
tions sanguinolentes, dont la coïncidence avec les signes de l'
tinale est considérée comme pathognomonique chez les jeur
Rilliet. Enfin plus rarement l'intestin invaginé peut *se dét*
expulsé par le rectum. Cette expulsion est précédée ordinair
sanieuses, *sanglantes*, suivie toujours d'une hémorrhagie inte
fois plus tard, après la guérison, de *tiraillements douloureu*
redressement du tronc (Gaultier de Claubry). Le rejet par l'an

chez les adultes. — *Dans la première enfance*, Rilliet, qui a lent travail sur l'invagination des enfants (*Gaz. des hôpit.*, 1852), omissements bilieux incessants et des petites selles muqueuses ng ou une véritable *entérorrhagie*, sans autres signes abdominaux, ymptômes en quelque sorte pathognomoniques, auxquels se joiition de la face, de la faiblesse, de la fièvre, de l'anxiété, des cris, nent de l'assoupissement ou de l'éclampsie. *Dans la seconde en*omissements sont souvent stercoraux, le ballonnement du ventre qué, la tumeur rare, la constipation habituelle; les douleurs abdot vives, la fièvre est intense. L'apparence de la maladie est péridifférentes données ont une grande importance pour le diagnostic, *térorrhagie*, qui a donné plusieurs fois lieu à des erreurs de diades circonstances où elle était presque le seul symptôme.
que l'invagination est un phénomène temporaire qui se produit fréchez les enfants, sans aucun trouble dans la santé, comme l'ont aintes autopsies, et que, dans l'invagination maladie, c'est presque gros intestin qui en est le siége dans l'enfance; qu'on l'observe ent *dans le cours de la première année*, et que c'est une mairement primitive et due, dans certains cas, à une cause acciun coup sur le ventre, à des secouses imprimées aux enfants en les

mportance des signes plus ou moins caractéristiques que je viens il se présente malheureusement des faits assez fréquents dans leshénomènes les plus probants de l'invagination sont incomplets ou d'autres, ce qui rend le diagnostic fort indécis. Quand les phénoissent probants au contraire, on peut être en présence d'un fait d'un autre genre. J'ai sous les yeux à Lariboisière une femme qui avec tous les signes d'une occlusion intestinale très-grave, avec prononcé, matité occupant la fosse iliaque droite jusqu'à l'hypomême côté et jusqu'à l'hypogastre, vomissements incessants, non et constipation opiniâtre, le tout n'étant pas survenu subitement. Je nvagination; mais des douches ascendantes et des lavements purquèrent des garderobes abondantes, qui firent disparaître la matité it le météorisme; alors une tumeur solide, jusqu'alors latente, fut dans la profondeur de la fosse iliaque *gauche*. Il en résultait une habituelle depuis assez longtemps (sans doute par compression de), et les accidents récents d'occlusion avaient été produits par une fécale du gros intestin.
trécissements. — Je range ici les *lésions intestinales* qui ont pour e la diminution plus ou moins considérable du calibre de l'intestin. t y avoir de doutes sur cette cause de l'occlusion lorsque le toucher irectement constater une tumeur cancéreuse ou syphilitique occuois de l'intestin, ou, chez le nouveau-né, une oblitération complète ète du rectum. En l'absence de cette constatation directe, on ne soupçonner, par les antécédents, l'existence d'un rétrécissement, *tumeur cancéreuse* de l'intestin, soit par des *brides cicatricielles* euse (*Voy.* RÉTRÉCISSEMENTS). Il a précédemment existé alors des assagères, de la dyspepsie, des alternatives de constipation et de ne autre particularité très-utile à noter dans cet ordre de causes intestinale, c'est que l'obstruction stercorale (quand le rétrécissepas encore très-prononcé) vient d'abord donner lieu à des accidents

temporaires qui cèdent à un purgatif énergique, avant que les accid
viennent plus tard définitivement mortels.

On a observé des faits impossibles à diagnostiquer en tant que ré
ments, dans lesquels les antécédents ne révélaient en apparence qu'une
pation modérée, sans les alternatives de diarrhée qui caractérisent les
sements intestinaux. J'en ai vu à l'hôpital Lariboisière un exemple bien
quable, chez une femme qui succomba à une occlusion due à un rétréc
considérable de la fin de l'S iliaque, sur plusieurs centimètres de l
sans cicatrice ni autre altération anatomique apparente.

d. — *Etranglements.* — Je rapporte aux étranglements toutes le
tions dans lesquelles une portion de l'intestin, ordinairement saine,
une compression forcée qui y suspend complétement le cours des
C'est ce qui a lieu pour la compression du tube digestif par une *tumeu*
de l'intestin, par la *torsion* de l'intestin sur lui-même, par sa *flexio*
ou par le fait de la hernie intra-abdominale d'une anse d'intestin sous d
ou à travers des ouvertures accidentelles. Cet étranglement par des bri
péritonéales résultant d'ancienne péritonite est une cause générale
quente d'étranglement intestinal. La péritonite, qui peut se développe
fœtus, peut produire de ces étranglements. Dans un fait remarquab
par Druitt (*Medical times and gaz.*, 1860), l'étranglement avait été j
section de l'intestin, dont les deux bouts s'étaient cicatrisés en cul-d
qui fit succomber l'enfant peu après sa naissance, lorsque le tube inte
commencer à remplir ses fonctions.

L'occlusion par *compression d'une tumeur* est la plus facile à re
si la tumeur est appréciable à l'exploration, comme on l'a vu pour la
augmentée de volume ou par une tumeur que le toucher digital peut
dans le voisinage du rectum. La tumeur qui agit par compression tantô
l'intestin par ses progrès, et tantôt agit en produisant une obstructio
nale plus ou moins grave, comme dans le fait que j'ai rapporté plus ha
clusion par *torsion* de l'intestin ou par le fait d'une *hernie* sous d
péritonéales, sous des appendices adhérents, ou par des ouvertures du m
ou de l'épiploon, etc., a pour caractère commun, a-t-on dit, l'absence
tumeur abdominale. Mais pour que ce signe négatif ait une valeur suf
faudrait qu'une tumeur appréciable existât dans tous les autres faits; o
est pas ainsi. Il suffit de rappeler d'ailleurs qu'un météorisme prononcé
souvent de pratiquer suffisamment la palpation de l'abdomen pour
naître une tumeur quelconque, comme on l'a vu dans un des faits que

L'existence de *phlegmasies péritonéales* comme antécédents, selon
l'invasion subite au milieu de la santé la plus parfaite, l'intensité et la
des accidents de l'occlusion, caractériseraient plus particulièrement le
glements proprement dits. — L'absence d'antécédent de péritonite avec
rapidité très-grande des accidents, devrait faire penser à un étrangle
l'*appendice du cæcum* ou par un *diverticule* adhérent, si en même
douleur était apparue vers la région iliaque droite. — S'il n'existait
aucun indice de phlegmasie péritonéale antérieure ni signe d'invagin
de rétrécissement, on pourrait soupçonner un étranglement *par torsio*
même temps on constatait le siége de la lésion au gros intestin. —
pénétration de l'intestin à travers une *perforation du diaphragme se*
cédée de troubles abdominaux et thoraciques combinés, existant parfois
la naissance ou survenus à la suite de contusion du thorax ou de plaie d
domen; il y aurait : douleur dans l'hypochondre, le plus souvent à g

ı de l'un des côtés du thorax; phénomènes d'auscultation et de percus-
iation du cœur, etc.
Siége de l'occlusion. — Les éléments diagnostiques qui peuvent faire
reconnaître sur quel point du tube digestif existe l'étranglement sont
ıts : la forme du ventre, le degré de météorisme, la nature et la quan-
vomissements, la quantité d'urine excrétée, la quantité de liquide que
faire pénétrer dans le gros intestin (Besnier); mais ces signes sont loin
ne égale valeur.
ıe l'obstacle au cours des matières a son siége au niveau de l'*intestin grêle*,
sements, stercoraux ou non, sont ordinairement *précoces;* le *météorisme*
scrit aux environs de l'ombilic, surtout dans les premiers temps, et le gros
ourrait quelquefois recevoir sans difficultés par le rectum, chez l'adulte,
es environ de liquide (Besnier). Suivant Bucquoy, qui a publié d'inté-
recherches sur les invaginations morbides de l'intestin grêle (*Recueil de
l'observ.*, t. I, p. 181), l'absence de météorisme et les vomissements bi-
ıient les meilleures preuves du siége d'une invagination dans la partie su-
de l'intestin grêle. Mais ces espèces d'invaginations sont exceptionnelles.
ıe l'obstacle occupe le *gros intestin*, les vomissements, stercoraux ou
coraux, sont *tardifs;* le *météorisme*, occupant d'abord les régions
es et latérales du ventre, est *constamment considérable* (les cas
ation et de hernie diaphragmatique exceptés), et il peut même causer
par refoulement du diaphragme; si l'obstacle est situé très-bas, on
a injecter qu'une très-petite quantité de liquide (Besnier). Je dois
ue la tumeur formée au-dessus de l'obstacle par des matières fécales
es indique aussi son siége.
létermination du siége de l'occlusion intestinale contribue à en faire
nature, car les relevés de Besnier démontrent que les occlusions de
grêle se sont rapportées soixante-onze fois sur soixante-dix-neuf à
ıglements par brides, par flexion ou par des sacs péritonéaux anor-
ndis que, soixante-sept fois sur quatre-vingt-treize, l'occlusion au
u gros intestin aurait lieu par invagination, par rétrécissement, tor-
ıpression de l'intestin, ou par hernie du diaphragme. Ces données,
absolues, sont d'une utilité incontestable. Cependant on ne saurait
ımmander de se prononcer avec réserve sur le siége de l'occlusion
e s'il s'agit de se baser sur ce fait pour pratiquer une opération; car
reur a des conséquences déplorables. Tel est entre autres faits celui
par Luke (*Méd.-chirur. transact.*), dans lequel on crut sentir avec
le le siége précis de l'obstacle à quatre ou cinq pouces de l'anus, et
ıivi de mort après l'incision inutile des parois abdominales dans la fosse
uche : il y avait un étranglement de l'intestin grêle.
n reconnaître pendant la vie la partie des parois abdominales qui se
en rapport avec le siége de l'obstacle au cours des matières? Dans
ıel de la science, la question est indécise. Il y aurait à rechercher,
recommande Hévin, si les symptômes *tumeur* et *douleur* ne corres-
ɔas à l'étranglement interne.
nostic. — L'occlusion intestinale est grave en général. Mais il n'y a pas
er la gravité des cas où l'intestin est fortement étranglé, cas ordinaire-
rtels, à ceux où il n'est que tordu sur lui-même, encore moins aux cas
ation, et surtout à ceux de simple obstruction stercorale, qui sont les
ıves. Dans certains cas d'invagination, comme le démontre l'observation
ıoy, les accidents peuvent se prolonger plusieurs semaines.

Il ne faut pas oublier que l'on a rencontré des faits facilement curables en apparence au point de vue anatomique, et qui ont été suivis de mort : tels sont des faits d'invagination *sans adhérences*, ceux de simple accumulation de corps étrangers d'un petit volume (noyaux de cerises), et même des faits sans aucune lésion apparente qui puisse expliquer la mort, comme j'en ai observé un à Beaujon, et dans lequel aucun obstacle, aucune trace d'invagination ou de torsion récentes (quoique seules probables) ne furent constatés à l'autopsie, faite avec beaucoup de soins par Besnier. La maladie, présentant tous les symptômes les plus graves de l'iléus, avait atteint subitement le sujet, jeune homme très robuste, au milieu d'une santé florissante, et elle n'avait duré que quarante-huit heures.

ODORAT. — *Voy.* SENS.

ŒDÈME. — J'ai d'abord à examiner l'œdème comme symptôme, puis comme maladie, lorsqu'il occupe la *glotte* ou le *poumon*.

1° *Caractères.* — A propos de l'anasarque, j'ai rappelé les caractères locaux de l'infiltration œdémateuse (p. 52). Ils sont complétement applicables à l'œdème, qui n'est que cette infiltration *localisée*, et due à une *cause locale*. Cette distinction de la cause, en effet, est le seul moyen de distinguer l'anasarque de l'œdème, quand l'infiltration séreuse sous-cutanée est limitée. La limitation la plus fréquente a lieu au pourtour des malléoles ou dans une hauteur plus ou moins considérable du membre ou des membres inférieurs. L'œdème occupe plus rarement un des membres supérieurs ou les deux, et il y apparaît d'abord à la main pour remonter plus haut. Enfin il se montre quelquefois à la face, aux paupières, ou dans d'autres parties du corps.

2° *Conditions pathologiques* et *signification.* — Lorsque l'on constate un œdème localisé, ce qui implique l'absence d'une des causes d'anasarque que j'ai rappelées (p. 56), et en particulier d'une maladie de Bright ou d'une affection du cœur, on trouve l'origine de cet œdème dans un *obstacle à la circulation veineuse*, comme l'a démontré Bouillaud. C'est du moins ce que l'on constate dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous. L'obstruction veineuse, due à la compression d'une tumeur ou à la coagulation du sang dans la veine, a des caractères bien tranchés lorsqu'elle occupe les gros troncs veineux. L'infitration œdémateuse occupe alors *nécessairement* les deux côtés du corps. De plus, si une tumeur comprime la *veine cave supérieure*, l'œdème est limité à la moitié supérieure du corps, jusqu'à la ceinture. Si la compression a lieu sur la *veine innominée*, un seul côté de cette moitié supérieure du corps est affecté d'œdème, comme Graves en a observé un exemple (*Leçons de clin. méd.*, 49e leçon). La moitié inférieure du corps peut aussi être le siége exclusif de l'œdème, si c'est dans la veine cave inférieure que la circulation est interrompue, comme on l'a vu par le fait de diverses tumeurs, et même par la pression d'un *rein flottant*. Une tumeur intra-pelvienne ou la grossesse causent l'œdème, et souvent même des varices, dans les deux membres abdominaux, en comprimant les troncs aboutissant dans la veine cave. Si l'œdème des extrémités inférieures a succédé à une ascite, l'obstacle siége évidemment dans la veine porte ou dans le foie. Si un seul des membres pelviens est affecté, il y a oblitération de la veine principale du membre, comme dans la *phlegmatia*. L'œdème d'un membre supérieur doit immédiatement éveiller aussi l'idée d'un obstacle à la circulation dans la veine principale de ce membre. Ce sont là des faits si établis qu'ils sont devenus vulgaires. Il en est de même de l'infiltration œdémateuse d'une région au niveau de laquelle existent une suppuration profonde, une inflammation sans suppuration (érysipèle du cuir chevelu) ou bien

artielle à son début. Dans ce dernier cas, l'œdème a été observé à la ébut de la gangrène de la bouche), de même que dans d'autres parties où il a reçu la dénomination de *malin* dans les cas de gangrène use, et spécialement aux paupières (Bourgeois, Raimbert).

core des œdèmes qui résultent d'un obstacle *momentané* à la circueuse, et qui ne sont que temporaires, sans que je veuille mettre en ompression mécanique extérieure des veines. Tel est l'œdème qui certaines contractures musculaires accidentelles, et que Delaberge a ans les *contractures idiopathiques des extrémités;* tel est encore le la face noté par C. Baron dans les *oblitérations de l'artère pul-*

a d'autres conditions dans lesquelles certains états locaux ont un douteux d'œdème. Telles sont : l'enflure générale due à certains *nements* par l'arsenic, par exemple le gonflement violacé des paus l'empoisonnement par l'*opium*, certaines *hypertrophies grais-* paupières signalées par W. Bowman (*Lond. journ. of med.*, 1849).

me de la glotte.

dans le diagnostic de l'œdème de la glotte, appelé aussi *laryngite se*, de grandes difficultés dans certains cas, on doit reconnaître que, travaux des modernes, parmi lesquels la monographie de Sestier premier rang (*Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, 1852), on is souvent se prononcer avec certitude sur l'existence de la maladie. onstances dans lesquelles se développe l'œdème de la glotte doivent, , être prises en grande considération. Le plus souvent il est, en effet, ication, soit d'une *angine* survenue dans le cours ou dans la conva'une affection chronique et surtout aiguë, soit d'une *laryngite chro-sque toujours ulcéreuse*, soit enfin (mais bien plus rarement) d'une ngée primitive.

ents du diagnostic. — Si la maladie originelle est aiguë, le début e, très-souvent violent et rapide, est annoncé par une *douleur vive* une *fièvre* intense et la *tuméfaction du cou;* si elle est chronique, ment un peu plus de gêne de la respiration.

phénomènes locaux, outre la *douleur* du pharynx ou du larynx qui coup d'intensité, et qui parfois est très-vive, il y a une gêne trèsle de la *respiration.* Quoique mise en jeu par toutes les puissances s respiratoires, l'*inspiration* est tellement difficile qu'elle va quelqu'à provoquer une sorte de désespoir, tandis qu'il y a une *facilité l'expiration,* que Blache regarde comme pathognomonique. L'in'accompagne d'un *ronflement guttural*, surtout pendant le sommeil, nent, et quelquefois d'un *claquement* de soupape; quoique la bouche ouverte, les ailes du nez se dilatent fortement à chaque inspira*ix* est rauque et pénible; la *toux* sèche, déchirée, également éteinte; *ts* sont glaireux, et varient suivant les lésions préexistantes du larynx, sont purulents et s'écoulent de la bouche sans effort (Bouillaud), ou t noirâtres (Bricheteau). La *déglutition* est toujours gênée, avec rejet is par le nez si l'épiglotte est ulcérée. Le *cou* est assez souvent volu- L'*inspection* du pharynx fait constater parfois du gonflement, des , et dans certains cas même permet de voir l'*épiglotte tuméfiée ;* faction serait surtout visible à l'aide du laryngoscope. — Une explo- facile consiste *à porter le doigt* dans l'arrière-gorge, où l'on peut ourrelet dû à l'infiltration des replis arythéno-épiglottiques. — Enfin

l'*auscultation* de la poitrine fait percevoir la faiblesse générale du bruit respiratoire, qui démontre la pénétration incomplète de l'air, malgré l'énergie des efforts inspirateurs. — Le pouls est ordinairement faible et fréquent, l'anxiété continuelle.

Les symptômes s'aggravent considérablement pendant des exacerbations, qui sont de véritables *accès*. Ces accès de dyspnée extrême surviennent subitement, et sont caractérisés par les signes de l'asphyxie, joints à la plus vive anxiété. Plusieurs accès de cinq à quinze minutes peuvent se déclarer par vingt-quatre heures.

2° *Inductions diagnostiques*. — Le diagnostic différentiel, qui est ici le plus important, est facilité par cette circonstance que l'œdème de la glotte est extrêmement rare dans l'enfance, puisque Sestier, sur deux cent quinze observations qu'il a rassemblées, n'en a trouvé que dix-sept appartenant à l'enfance, dont cinq seulement avant l'âge de cinq ans. L'œdème de la glotte est par conséquent une maladie presque exclusive aux adultes, ce qui met presque hors de cause, chez les enfants, les affections qui pourraient le plus facilement être confondues avec elle : je veux parler des *ascarides*, qui, remontant des voies digestives, pénètrent dans le larynx (p. 360), du PSEUDO-CROUP et du croup. Celui-ci, il est vrai, se rencontre aussi chez l'adulte, mais alors il présente ceci de particulier qu'il n'offre pas ordinairement d'accès de suffocation comme chez l'enfant (Louis), ce qui l'empêche de ressembler à l'œdème de la glotte, qui a d'ailleurs un cachet spécial dans la manière dont se fait la respiration. — Cette particularité suffirait pour empêcher de confondre l'œdème glottique avec un *anévrysme de l'aorte* comprimant la trachée ; les signes fournis par la percussion et par l'auscultation, ainsi que la dyspnée continue qui existe ordinairement sans exacerbations dans l'anévrysme, ne permettront pas d'ailleurs la confusion. — Un *abcès pharyngien* comprimant la langue ou la trachée en imposerait d'autant plus facilement pour l'œdème glottique, qu'il pourrait y avoir, dans les deux cas, une angine préexistante ; mais l'abcès est parfois visible ou accessible au toucher qui en constate la fluctuation ; et ici encore la dyspnée n'augmente pas par accès violents.

3° *Pronostic*. — Le pronostic est d'autant plus grave que le gonflement est plus considérable, et que la lésion préalable qui provoque la formation de l'œdème glottique est plus profonde et plus ancienne.

On a observé des œdèmes de la glotte qui sortent de la règle commune. On en a vu de latents, survenant à la dernière période de maladies mortelles (Louis). Charcelay en a rencontré un accidentel par le fait de l'ingestion d'un caustique liquide (acide sulfurique).

II. Œdème du poumon.

L'infiltration séreuse qui constitue l'œdème du poumon de Laennec survient comme complication ultime de maladies aiguës ou chroniques qui ont profondément débilité l'économie, et plus particulièrement sous l'influence des causes qui produisent l'anasarque, et que l'on a comprises sous la dénomination de *diathèse séreuse*.

De l'aveu de Laennec lui-même, qui a décrit le premier l'œdème du poumon, ses symptômes sont extrêmement équivoques. La gêne de la *respiration*, une *toux* légère, une *expectoration* presque aqueuse et plus ou moins abondante, sont les seuls signes auxquels on puisse le soupçonner. La *percussion* n'indique presque jamais rien ; à l'*auscultation*, la respiration est très-faible, malgré les efforts respiratoires visibles du malade, et elle est mélangée d'un râle sous-crépitant léger. Ces signes deviennent très-obscurs ou même tout à fait nuls

›mplique l'emphysème pulmonaire. Il est évident que ces signes équi-
rmi lesquels ceux fournis par l'auscultation occupent la base posté-
poumons, peuvent être attribués à une pneumonie obscure ou bien à
ıite chronique, et que l'existence des conditions originelles de l'ana-
met seule de soupçonner l'œdème pulmonaire.

– 1° *Maladies.* — L'organe de la vision, qui est aussi le dernier
.a sensibilité dans tous les genres de mort (Cl. Bernard), est affecté
ɜs nombreuses, parmi lesquelles je mentionnerai seulement les sui-
i ont des rapports plus manifestes avec les affections internes. Ce
morrhagie conjonctivale due à des causes générales, la *congestion*
mporaire qui coïncide avec les accès de névralgie de la cinquième
ui a été considérée à tort comme une ophthalmie intermittente; de
›*phthalmies*, se développant sous l'influence des diathèses scrofuleuse,
ale, syphilitique (*iritis*), comme manifestations de la variole, de la
le la scarlatine, de la blennorrhagie, de l'impétigo, de l'herpès aigu
›u comme conséquence de l'absorption de l'iode; l'AMAUROSE et l'HÉ-
; les *paralysies* des *muscles* propres de l'œil (*Voy.* PARALYSIES
; enfin la *fonte de l'œil*, qui a été signalée comme complication
ɜs fièvres graves (Trousseau, *Arch. de méd.*, 1856, t. VII).

ptômes. — L'œil, sain d'ailleurs, est quelquefois *très-saillant* des
ı sans trouble notable de la vue (CACHEXIE THYROÏDIENNE), ou d'un
vec amaurose (*tumeur* de l'orbite). D'autres fois l'œil semble au con-
ncé dans les cavités orbitaires, comme dans le choléra, les occlusions
s et dans d'autres maladies graves s'accompagnant de dépérissement
œil est *injecté* dans le délire agité, dans la pléthore, la fièvre jaune,
ı rage. L'un des yeux est assez souvent dévié de son axe (STRABISME),
raîne la DIPLOPIE. La *pupille* est le siége d'un resserrement (*myosis*)
lilatation (mydriase) qui sont deux phénomènes actifs. Ces phéno-
.vent être diversement interprétés, malgré les importantes recherches
de Budje, Waller, Cl. Bernard, W. Ogle, etc., relativement à l'in-
la portion cervicale du grand sympathique sur les mouvements de
rétrécissement a été attribué à la forte compression subie par le grand
ɹe à son origine, par le fait de tumeurs *anévrysmales* intra-thora-
irdner), de la carotide (Coates), de tumeur cancéreuse volumineuse
›gle), tandis que la dilatation pupillaire a été au contraire observée
ıs de compression légère, comme dans les expériences où l'on irrite
plus, ces changements de la pupille ne sont pas constants dans les
npression manifeste (*Méd.-chir. transact.*, t. XLI). On savait aupa-
la pupille était resserrée dans l'empoisonnement par l'opium (Or-
atée par l'action de la belladone et des autres poisons narcotico-
s la rage, chez les épileptiques, dans la seconde période de la mé-
ıerculeuse, etc.

›s troubles fonctionnels de l'œil, on doit ranger : l'*hyperesthésie* de
›*tophobie*), qui a été considérée comme un signe pathognomonique
ılmie scrofuleuse par Henley Thorp (1857), mais que l'on rencontre
ıtres inflammations de l'organe, dans ses congestions, dans certaines
néningiennes, cérébrales, et dans des névroses, où elle n'est qu'un
ɜ secondaire; l'ANESTHÉSIE de contact (conjonctive); la diminution
on de la *faculté visuelle*, qui constituent les degrés divers de l'a-
a *chute de la paupière supérieure* indépendante de son gonflement
›ire, œdémateux ou autre, ainsi que l'impossibilité de certains *mou-*

vements qui caractérisent les paralysies des muscles propres de l'œil; les secousses *convulsives* du globe oculaire qui annoncent souvent le début de convulsions générales, ou qui caractérisent des *tics*, suites de névralgie de la cinquième paire; et enfin le *larmoiement*.

3° L'*exploration* des yeux se fait d'abord par l'*inspection* directe pour les parties extérieures. A l'aide de la *palpation*, on constate la sensibilité de la conjonctive, et en prescrivant au malade de faire fonctionner la vue ou de mouvoir l'œil dans certaines directions, on s'assure de l'état des fonctions sensoriale ou motrices de l'œil. Mais l'examen des parties profondes de l'œil ne peut bien se faire qu'à l'aide de l'OPHTHALMOSCOPE.

ŒSOPHAGE. — L'œsophage est le siége d'*hémorrhagies* (p. 484), d'inflammation (ŒSOPHAGITE), d'*abcès*, de CANCER (p. 170), d'ULCÉRATIONS, de *perforation* ou de *rupture*, de RÉTRÉCISSEMENT, de DILATATION consécutive de *rhumatisme*, de SPASME (œsophagisme), de PARALYSIE.

Une douleur plus ou moins vive, soit spontanée, soit provoquée par l'acte de la déglutition, parfois l'absence de toute douleur, la dysphagie ou l'impossibilité absolue de la déglutition, ou au contraire la chute subite des aliments ou des boissons dans l'estomac (paralysie), le rejet des aliments par vomiturition immédiate ou tardive : tels sont les symptômes ordinaires des affections œsophagiennes.

L'exploration a lieu habituellement à l'aide de la sonde dite œsophagienne que l'on introduit par une des fosses nasales dont on suit le plancher inférieur ou par la bouche. On doit avoir soin, dans les deux cas, de donner à l'extrémité de la sonde une courbure convenable qui lui fasse suivre la paroi postérieure du pharynx, sans quoi l'on s'exposerait à pénétrer dans le larynx, ce dont on est averti par le sentiment subit de suffocation éprouvé alors par le malade. — Natanson (de Varsovie) a eu l'idée d'employer l'auscultation à l'exploration de l'œsophage pendant la déglutition des liquides. Il en est résulté que le glou-glou produit par cette déglutition fournit des signes assez vagues pour la détermination du siége de la lésion œsophagienne. De plus, ce moyen d'auscultation, appliqué au niveau de l'aisselle, ferait percevoir un glou-glou renforcé, lorsque le poumon correspondant est condensé par des tubercules ou par une pneumonie.

ŒSOPHAGISME. — *Voy.* SPASMES.

ŒSOPHAGITE. — Cette affection, très-rarement observée, est le plus souvent secondaire. Elle a été étudiée par Mondière d'après un nombre restreint de faits (*Arch. de méd.*, 1830, t. XXIV).

1° *Éléments du diagnostic.* — La *douleur* est le principal symptôme de la maladie; dans certains cas, la douleur *pendant la déglutition* est même le seul observé. Dans d'autres circonstances, il y a une douleur spontanée rapportée par le malade à la partie inférieure du pharynx, mais quelquefois aussi au larynx, à l'épigastre ou entre les deux épaules; elle est ordinairement graduelle, parfois subite et très-intense, et, dans tous les cas, *intolérable au moment du passage du bol alimentaire*, avec sensation de brûlure et de déchirement. Il y aurait de plus, suivant Mondière, un sentiment de *sécheresse* le long de l'œsophage, une *expuition* plus ou moins difficile de matières muqueuses, parfois une *toux* gutturale, une *soif* plus au moins intense, du *hoquet*, des *vomissements*, et enfin des symptômes généraux rarement très-intenses, souvent au contraire très-légers ou nuls.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi ces symptômes, la douleur violente pendant le passage du bol alimentaire peut seule rendre probable l'existence

ıagite. Mais lorsqu'on la soupçonne, il faut tenir compte des condi-
›miques et étiologiques de la maladie en dehors des symptômes, ainsi
ésultats de l'exploration de l'œsophage par la sonde, si l'on veut
quelque précision de diagnostic.

ıagite *ulcéreuse*, hypothétique à l'état simple, et rarement observée
philis, dans le cours de la *fièvre typhoïde* ou de la *phthisie pulmo-*
uis), donnerait lieu à une douleur plus fixe, plus limitée et plus vive au
e la déglutition que l'œsophagite non ulcéreuse. Mais ces particularités
n insuffisantes, si une bougie œsophagienne n'entraîne pas au dehors
ne quantité de pus, comme Mondière en a cité un exemple. Les phé-
ıocaux, joints à des symptômes cérébraux graves (congestion de la
e, convulsions), ainsi que l'a observé Barras (*Acad. de méd.*, 1825),
galement de nature à révéler l'œsophagite suppurée.

s cas douteux, les commémoratifs et les conditions *étiologiques* vien-
tout en aide pour le diagnostic. L'œsophagite qui a été observée, en
it été le plus souvent provoquée par l'ingestion de certaines sub-
l'abus du *mercure*, suivant Hildenbrand, l'*iode* (Gohier), l'*émétique*
te dose, les *acides concentrés* et les autres substances corrosives, le
n solution, les *liquides brûlants*, peut-être l'*eau glacée*, et mani-
les *corps étrangers* volumineux et durs séjournant dans le conduit
n. On n'oubliera pas que l'affection peut aussi être symptomatique
cident secondaire de la *rage*, de la *variole*, de la *rougeole*, de la
ıne.

reusement l'ensemble de données diagnostiques ne saurait être uti-
tous les cas; et les difficultés seront d'autant plus grandes que l'on
nfondre les phénomènes existants avec ceux d'autres affections de
e ou des organes voisins.

uffira d'abord de nommer le *cancer*, le RÉTRÉCISSEMENT, la DILATATION
it œsophagien. — Son *spasme* se distinguera de l'œsophagite en ce
ient inopinément dans le cours d'une affection nerveuse, l'*hystérie* ou
veux, et qu'il n'est pas précédé des circonstances occasionnelles de
ite rappelées plus haut. — Quant au *rhumatisme* de l'œsophage, il
uera encore de l'œsophagite par l'absence de toute particularité ac-
actéristique autre que la coïncidence d'un rhumatisme, et par le fait
inution de la douleur pendant la déglutition, *après l'ingestion des*
s portions d'aliments.

les *formes* simple ou ulcéreuse de l'œsophagite, on a admis des
ıngréneuse ou *pseudo-membraneuse*, mais ici l'importance de l'af-
ffface en présence d'autres lésions locales plus graves, ou de la con-
ıérale de l'économie qui les engendre (*Voy.* GANGRÈNES, DIPHTHÉRIE).
nplications de l'œsophagite qui peuvent survenir sont : l'œsopha-
spasme de l'œsophage, l'*hydrophobie* (Mondière), l'*œdème de la*
ıs les cas d'abcès, et enfin la *rupture* de l'œsophage. Son *rétrécis-*
st quelquefois la conséquence de l'œsophagite passée à l'état chro-

nostic. — La terminaison par résolution est la plus fréquente. L'œso-
st toujours grave lorsqu'elle se termine par suppuration, ulcération
ne, ou par rétrécissement de l'œsophage.

ΓM. — *Voy.* PARASITES végétaux.

CTION. — Comme moyen d'exploration, l'olfaction fournit un nom-
ultats bien limité. Elle fait percevoir la *fétidité de l'haleine* produite

par l'embarras gastro-intestinal, par certaines stomatites ou pharyngites, par la punaisie, la carie dentaire, ou bien les odeurs plus ou moins caractéristiques des excrétions : *vomissements* (ivresse, indigestion), matières *fécales*, *gaz*, urine. Le défaut d'odeur de certaines matières excrétées est quelquefois utile aussi au diagnostic. L'olfaction est surtout utile pour constater l'odeur particulière de la gangrène, principalement celle de la *gangrène pulmonaire*. L'odeur spéciale qu'exhalent les ouvriers en caoutchouc met également sur la voie du diagnostic de l'*intoxication par le sulfure de carbone*.

OMBILIC. — *Voy.* ABCÈS, ABDOMEN.

OMOPLATE. — *Voy.* ÉPAULE.

ONANISME. — Les signes qui peuvent faire deviner des habitudes d'onanisme ont une grande importance, comme révélations d'une cause de maladie d'autant plus nécessaire à connaître qu'elle est presque toujours dissimulée avec soin. C'est surtout par le dépérissement général, par la langueur, l'atonie du regard, l'enfoncement des yeux, qui sont cerclés inférieurement par une teinte plombée, que l'on peut soupçonner des habitudes d'onanisme chez les jeunes personnes et principalement chez les jeunes gens. Suivant Pétrequin (*Traité d'anat. topographique*), *le transport de la pupille en haut et en dedans* serait, chez les enfants, un bon signe à ajouter aux précédents.

ONGLES. — La conformation des ongles a depuis longtemps attiré l'attention des observateurs.

On appelle *ongles hippocratiques* ceux qui sont beaucoup plus recourbés que de coutume sur leur longueur, et qui coïncident ordinairement avec le développement (dit en massue) de l'extrémité des doigts. On a considéré cette conformation anomale comme une conséquence exclusive de la phthisie pulmonaire. Mais il ressort des recherches de Vernois (*Arch. de méd.*, 1839, t. VI), d'abord que ce signe est bien plus fréquent qu'on ne pense, du moins dans les hôpitaux, et, en second lieu, qu'il se rencontre non-seulement avec la *phthisie tuberculeuse*, mais encore avec les *scrofules*, et bien plus rarement dans d'autres *maladies chroniques* ou aiguës, ou dans d'autres conditions indéterminées. Les premières de ces conditions ne sont donc pas absoules. Les femmes présenteraient des ongles dits hippocratiques trois fois plus fréquemment que les hommes.

A la suite des maladies qui ont affecté la nutrition d'une manière notable, il se forme sur les ongles, suivant Beau, des sillons transversaux, dont la distance à partir de l'insertion onguéale serait en rapport avec le temps écoulé depuis la disparition de la maladie. Il calcule ce temps d'après cette double donnée que chaque millimètre représente une semaine pour les ongles des mains, qu'il faut compter trois millimètres pour l'insertion de l'ongle du pouce ; et que pour l'ongle des gros orteils, chaque millimètre correspondrait à un mois. La largeur du sillon serait en rapport avec la durée de la maladie, et ses bords taillés à pic répondraient à une invasion ou à une disparition brusque de la maladie. Enfin le temps d'évolution des ongles permettrait de concevoir que l'ongle du pouce ne peut fournir d'indice sur une époque antérieure à cinq mois, tandis que, pour le gros orteil, les indices pourraient remonter à deux années. Gunthers, chirurgien danois, a signalé, en 1842, l'arrêt de la pousse des ongles au niveau des membres facturés. Broca et Duplay (1867) ont vérifié la justesse de cette remarque.

Les ongles seraient encore le siége d'*ulcérations* syphilitiques à leur base suivant certains auteurs. Tout le monde sait que, sous le nom d'*onyxis*, les chirurgiens ont décrit des ulcérations destructives de l'ongle. Mais, d'après les

ɪs de Bazin sur le parasitisme des teignes, il faudrait admettre que,
ıom d'onyxis, on a compris fréquemment de véritables destructions
; dites parasitaires (*Voy.* Lèpre des Grecs et Teignes).

THALMIE. — *Voy.* Œil.

THALMOSCOPIE. — Quoique l'usage de l'ophthalmoscope, imaginé
holtz, soit principalement utilisé par les chirurgiens qui s'occupent
que, je dois faire remarquer que, parmi les éléments de diagnostic
par l'ophthalmoscopie, il en est qui sont d'une utilité incontestable
diagnostic des maladies internes. Le médecin ne saurait donc se dis-
l'avoir recours à ce moyen d'investigation. Son utilité, à ce dernier
vue, ressort des travaux importants de nos contemporains, parmi
je citerai en France Sichel (*Iconogr ophthalm.*, 1859), Follin Cusco,
ɪs, Giraud-Teulon, Liebreich, Galezowski, Bouchut, Perrin et les
le plusieurs thèses importantes, parmi lesquelles sont celles de Métaxas
de J. E. Meunier (1864). Les *Leçons sur l'application de l'ophthal-
au diagnostic des maladies de l'œil*, par Follin (1859), ont beaucoup
à répandre en France ce mode d'investigation.

but de l'ophthalmoscopie médicale est de fournir des signes utiles au
c, soit des affections des organes qui sont en rapport intime avec l'œil,
re des organes intra-crâniens, soit de certaines maladies générales ou
ées qui se traduisent par des manifestations particulières au niveau de
n particulier de la rétine.

yens d'exploration. — Les appareils ophthalmoscopiques sont fixes
Les premiers constituent de véritables appareils optiques compli-
is excellents pour l'emploi journalier du procédé dans le cabinet.
reils plus simples, facilement portatifs, sont les ophthalmoscopes non
sont d'un usage habituel. On sait qu'en général ils consistent
t en un *miroir concave* fixé à un manche pour
s facilement manié et présentant une ou deux
ɪs, *fig.* 140, et en une *lentille bi-convexe* por-



Fig. 140. — Ophthalmoscope d'acier poli de Desmarres (1/3 de grandeur.)

'emploi de cet ophthalmoscope, il y a trois choses
rer : 1° l'éclairage du fond de l'œil à explorer, que
nt au moyen des rayons lumineux de dispersion
à l'aide du miroir concave, et fournis par une
2° la position convenable de ce miroir pour que
teur puisse examiner à travers ses ouvertures
direction des rayons lumineux réfléchis; 3° enfin
ition de la lentille sur le trajet de ces rayons de
donner une image nette au fond de l'œil. — La
41 montre comment on procède à l'examen
ıoscopique. Le miroir est maintenu en avant de
l'explorateur de façon que ce miroir reçoive
ent les rayons lumineux d'une lampe placée à
la tête du patient, rayons qui doivent se réfléchir
œil, tandis que l'observateur plonge son regard
nême direction à travers l'ouverture ou les ouvertures du miroir, en
de la netteté à l'image de la rétine à l'aide de la lentille maintenue
assage des rayons lumineux réfléchis, entre le miroir et l'œil à ex-

on ne pense pas que cette exploration, en apparence si simple, soit

exempte de difficultés. Ce n'est qu'à la longue et par une pratique persévéra[nte] de plusieurs mois, destinée d'abord à l'examen de l'œil sain, que l'on po[urra] être suffisamment exercé.

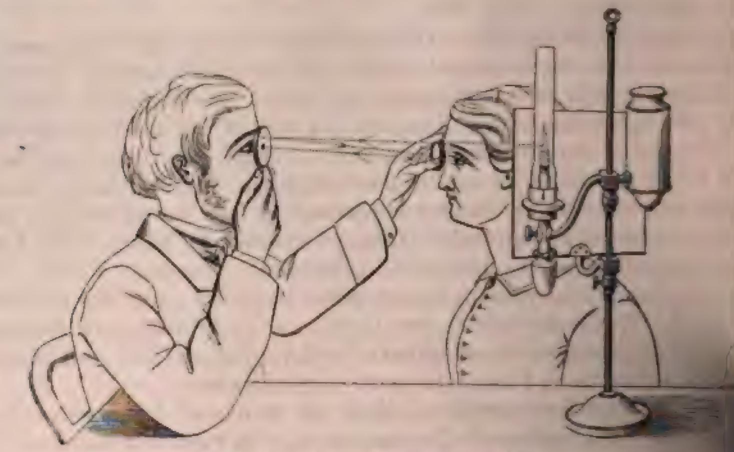


Fig. 141. — Examen ophthalmoscopique.

3° *Signes.* — L'énumération rapide des signes fournis par l'ophthalmo[scope] est la meilleure preuve qu'on puisse donner de son utilité.

Dans l'état sain, *fig.* 142, on voit d'abord dans l'espace pupillaire u[n] rougeâtre sur leq[uel] dessinent quelques ra[mifi]cations vasculaires. S[i] dit au malade de fix[er un] objet qui lui fasse p[orter] l'œil légèrement e[n] et en dedans, on v[oit] une tache blanchâtr[e] près circulaire, pa[raissant] avoir quelques lig[nes de] diamètre et qui est [la pa]pille du nerf optique, laquelle convergent [les] vaisseaux rétiniens, e[t qui] est quelquefois circ[ons]crite par un cercle o[u] demi-cercle noirâtre. [La] matière pigmentaire, [la] rétine étant translu[cide] comme le verre d'[une] glace étamée, ne sa[urait] être aperçue dans l'[œil] normal. Aussi la colo[ra]tion rouge du fond de l'[œil] dépend de la choro[ïde]

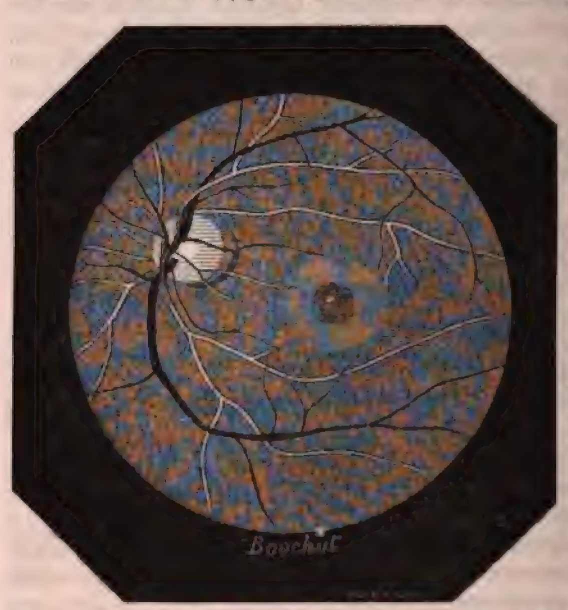


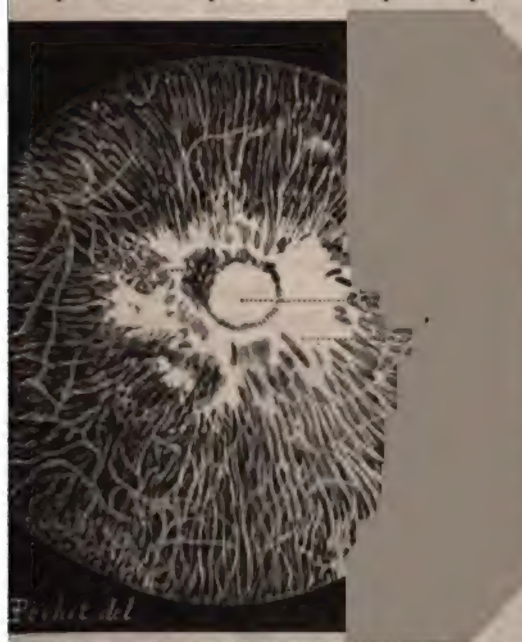
Fig. 142. — Fond de l'œil normal. Examen fait sur un individu à cheveux noirs et dont l'iris était d'un brun très-foncé. Cette figure montre une pigmentation sombre au plus haut degré du stroma et de l'épithélium (d'après Liebreich, *Atlas d'ophthalmoscopie*).

située en arrière de la rétine, coloration d'autant plus vive que la couche [de] pigment déposé par traînées noirâtres dans les intervalles des vaisseaux, ou p[...]

demi-cercle autour de la papille, est moins abondante. La couche , dont on peut admirer la disposition, est formée d'artères qui sont s, d'un *rouge clair*, et de veines de couleur plus foncée, *carminée* ou faut être prévenu que les veines offrent des pulsations chez les qui ont activé leur circulation en marchant, ou chez ceux dont on l'œil légèrement. Enfin il résulte de la transparence de la rétine qu'il ıx plans vasculaires superposés et distants : l'un, composé des vaisla rétine *qui émergent du centre de la papille* ; et l'autre au delà, couche des vaisseaux de la choroïde.

'ordre *pathologique*, l'ophthalmoscope rend les plus grands services stater des lésions que la simple vue serait incapable de reconnaître xiste des troubles amaurotiques, comme nous l'avons dit au mot AMAU-44 et 45).

ıes qui sont incomparablement les plus fréquents sont avant tout ceux de la *choroïdite*, puis de la *rétinite*, reconnaissables aux lésions que présentent les deux couches vasculaires distantes, et qui correspondent, la plus profonde à la choroïde, et la plus superficielle à la rétine, *fig.* 143 (*Voy.* RÉTINITE). Je ne ferai que rappeler : les formes *congestive* et *exsudative* de la choroïdite ou de la rétinite ; *l'anémie* ou l'*atrophie* choroïdienne ou rétinienne ; les *hémorrhagies* ou épanchements par rupture des vaisseaux de l'une ou de l'autre couches vascu-



ıtrophie du segment postérieur de la choroïde (d'après une pho- — *a*, papille. *b*, îlot de pigment circonscrivant la papille à sa ıne. *c*, zone d'atrophie choroïdienne complète. *d*, zone d'atroplète (Cusco, *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*, t. VII).

d'où résultent des cécités subites ; les *décollements de la rétine ;* les ıes soulevant la couche vasculaire de la membrane rétinienne ou occorps vitré ; la présence des *corpuscules*, des *exsudats* ou des *cristaux térine* flottants dans cette humeur vitrée ; enfin des *petites plaques ecues* et des *taches jaunâtres* (transformation graisseuse) considérées ractéristiques dans la maladie de Bright. Les figures 144 et 145 donnent idée de plusieurs de ces lésions visibles à l'ophthalmoscope. — Outre ıtion des lésions choroïdiennes, rétiniennes, et des corps flottants du que je viens de rappeler, celle d'autres lésions moins profondes n'est utile. Tels sont : les *corps étrangers* dans la chambre antérieure, ıts à la surface de l'iris, les *condylomes* du bord pupillaire, les altéra-

tions primitives et ténues du *cristallin*, qui font qu'il n'est plus pos



Fig. 144.— Méningite tuberculeuse déterminée par un tubercule du cervelet ayant produit l'infiltration séreuse péripapillaire, la dilatation et la flexuosité des veines de la rétine, les thromboses des veines et les hémorrhagies rétiniennes. — P, papille du nerf optique. I, congestion et infiltration séreuse péripapillaire. V, D, dilatation des veines de la rétine autour de la papille. VP, flexuosités des veines de la rétine. T, T, thromboses phlébo-rétiniennes. V, V, veines de la rétine. A, A, artère centrale de la rétine.

confondre une cataracte à
but avec une amaurose.

Enfin l'absence de tout
interne, établie par l'opht
cope, permet seule d'
qu'une amaurose est ré
de cause cérébrale; car,
plupart des cas d'amauro
a une lésion oculaire.

OPPRESSION. — V
PNÉE.

ORCHITE. — Je n'ai
ler l'orchite que comme
cation ou épiphénomène
quable survenant dans
maladies. Elle complique
fois la *blennorrhagie*, la
comme l'a démontré Bérau
de méd., 1859, t. XIII);
montre après la disparit
ou moins brusque des o
ou comme conséquence d
vralgie ilio-scrotale. Da
rapporté par Trousseau,
lons, très-peu prononcés, étaient passés inaperçus, en sorte que l'orch

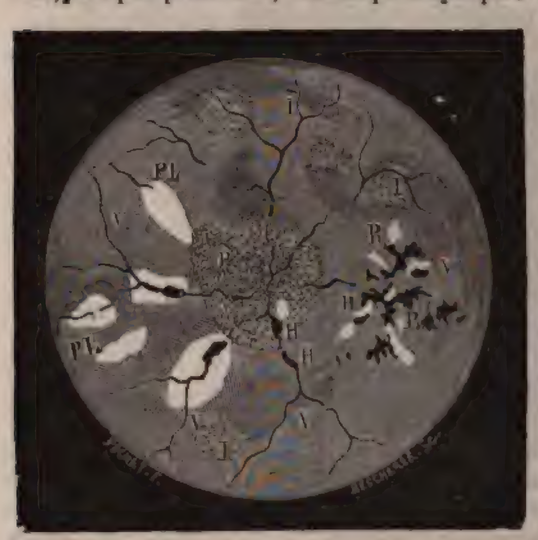


Fig. 145. — Méningite chronique ayant produit l'infiltration séreuse de la papille, les hémorrhagies et les exsudats albumino-graisseux de la rétine, ainsi que des taches pigmentaires. — P, papille complètement voilée par l'infiltration séreuse. PL, plaques laiteuses albumino-graisseuses de la rétine. H, plaques d'infiltration séreuse de la rétine. V, V, V, vaisseaux de la rétine interrompus par l'œdème. H, H, hémorrhagies rétiniennes. P, t, taches pigmentaires.

s'accompagnait de p
nes généraux graves,
sait primitive et a
gravité dès lors ine
(*Clin. méd. de*
Dieu). — Quant à
varioleuse de Bérau
reconnaît à une doul
chaleur et parfois ro
la peau; à une tum
unilatérale ou bilatér
tôt visible, et tantôt
au toucher vers la pa
clive du scrotum; à
tuation (qui n'est
symptôme du début),
sensation du FRO
dont j'ai déjà parlé (

OREILLE. — I
considérer dans l'or
pavillon, le conduit
externe et l'oreille i
dont il faut rapp
comme annexe, la
d'Eustache.

pavillon de l'oreille peut se développer d'une manière aiguë, par suite érysipèle de la face ou de la tuméfaction inflammatoire qui accompagne la e. Il peut être aussi, chez les aliénés, le siége d'une *tumeur sanguine* matome, signalée d'abord par Bird en Allemagne, et par Ferrus en France. d'abord par Marcé et Foville sous la dépendance de l'innervation du thique produisant la congestion habituelle de l'oreille, cette tuméfaction a connue plus tard par Marcé, Magnan, Broca, comme étant souvent une traumatique. Enfin pour Ch. Bouchard, le traumatisme intervient seule-comme cause déterminante, dans un tissu prédisposé à l'extravasation par ichement paralytique des vaisseaux (*Thèse* d'agrégat., 1869). Demarquay Saint-Vel ont décrit des tumeurs fibreuses dures, solides, indolentes, ma-nées, occupant le lobule de l'oreille, et qui sont produites, surtout chez égresses des Antilles, par d'énormes et lourdes boucles d'oreilles qui tirail-le lobule (*Gaz. des hôp.*, 1864). — L'OTITE est la seule affection particu-au conduit auditif externe et à l'oreille interne qui intéresse le médecin. renvoie, pour les signes fournis par l'oreille, au même mot OTITE et à de SURDITÉ. — Quant à l'exploration du conduit auditif par la vue, on la le en tirant en dehors le pavillon de l'oreille (ce qui donne de la rectitude nduit) ou en se servant d'un *spéculum*, d'ailleurs peu usité, ou de l'*otos-*, instrument analogue à l'ophthalmoscope. Je dois encore rappeler que *cultation* a été conseillée comme moyen d'exploration de l'oreille. Suivant rin, en effet, on pourrait recueillir à l'aide du stéthoscope, ou même par lle appliquée immédiatement sur celle du malade, les bruits que fait naître l'oreille moyenne de la personne qu'on examine la propagation des vibra-sonores de la respiration, de la toux, de la voix, du sifflement labial, ités à dessein de diverses manières. Il déduirait de cet examen des signes considère comme pathognomoniques pour les diverses lésions des organes ifs (*Acad. des sc.*, 1856). Ménière, qui a recherché l'existence de ces phé-nes, affirme que l'air ne saurait pénétrer du haut du pharynx dans la pe d'Eustache et dans la caisse que par un mouvement de déglutition ou d une forte expiration, le nez et la bouche étant fermés, pousse l'air dans la e (*Arch. de méd.*, 1857). Mais on ne peut admettre, avec Ménière, l'im-bilité de la pénétration du bol aérien du pharynx dans la caisse, en dehors s conditions. Il y a des personnes, et je suis du nombre, qui, lorsque la pe et la caisse sont vides, peuvent contracter volontairement les trompes et er l'air qu'elles contiennent dans la caisse, où son arrivée produit un petit etis humide accompagné d'un bruit de souffle sourd, mais bien manifeste. e peut malheureusement pas utiliser ce fait pour l'étude de l'auscultation reille.

REILLETTES. — *Voy.* POITRINE.

REILLONS. — Le gonflement ordinairement rapide de l'une ou des deux ns parotidiennes auquel on a donné le nom d'oreillons ou d'*ourles*, paraît une *fluxion*, de nature encore inconnue, des glandes parotides. C'est une tion ordinairement bénigne, parfois épidémique, qui se remarque plus fré-mment chez les jeunes gens que chez les jeunes filles, qui est favorisée par mps froid, par l'humidité, et qui enfin, suivant quelques auteurs, serait ise.

ments du diagnostic. — Le *gonflement parotidien* survient simul-t ou successivement des deux côtés; il est rarement précédé de quel-*mptômes fébriles légers*, et il s'accompagne d'un sentiment local de , ou d'une légère *douleur* avec *gêne des mouvements* de la mâchoire

et parfois du *ptyalisme*. Ce gonflement de la région parotidienne et s laire est uniforme, sans changement de couleur de la peau, qui est m niveau; il donne sous le doigt la sensation d'un corps pâteux, mais a tant; ses limites peuvent être assez étendues pour donner au visage effrayant et méconnaissable; mais le cas est rare, de même que la de la fièvre et les évacuations alvines qui peuvent l'accompagner. Un singulier qui se remarque chez les jeunes gens, dans un certain nom et qui a été très-fréquemment observé dans une épidémie qui a sévi Arras (Rizet), c'est le *gonflement inflammatoire des testicules* dont l succède parfois à la disparition rapide de la tuméfaction parotidie d'autres fois coïncide avec elle. Il en est de même du *gonflement d lèvres* et des *mamelles* chez la femme, ainsi que des *ovaires*.

2° *Inductions diagnostiques*. — Lorsque les symptômes locaux clusivement vers le cou, les caractères non inflammatoires de la tum la rapidité de l'invasion et de la marche de la maladie, ne permetten méconnaître. Son diagnostic est facilité par son développement épi nous paraît impossible de confondre les oreillons avec les *engorgem fuleux* du cou, avec ceux dus à des affections plus ou moins graves *che* ou du *pharynx*, ou enfin avec la *parotidite*.

Mais en dehors de ces cas les plus simples, on est exposé à des diagnostic presque inévitables en présence d'une orchite, d'une in des grandes lèvres ou du gonflement douloureux des mamelles, qui o à la disparition brusque du gonflement parotidien, si l'on ne son relation qui existe entre ces accidents et les oreillons. Une autre ca prise, sur laquelle Trousseau a attiré l'attention (*Arch. de méd.*, 18 se rencontre quelquefois dans les symptômes généraux fébriles, en très-graves, qui se montrent avant l'apparition de l'orchite, et qui ce dement dès que l'inflammation testiculaire se développe, comme Tr constaté deux fois.

Quoique l'on ait vu quelquefois les oreillons se compliquer de p superficiels, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané et précédés inflammatoire, l'ensemble des autres circonstances de la maladie ne pas de la méconnaître et de croire à une véritable parotidite.

3° *Pronostic*. — Les oreillons sont une affection sans gravité.

ORGANOSCOPE. — Fonssagrives a présenté sous ce nom, à l des sciences (janvier 1860), un instrument ingénieux destiné à éclair organiques au moyen de l'électricité, en y facilitant ainsi le diagnosti tique des opérations chirurgicales. L'organoscope (tubes vides de Ge difiés par de Moncel et Ruhmkorff) consiste en un long tube presque replié sur lui-même et contourné à la manière des multiplicateurs él gnétiques. Il forme une espèce de cylindre lumineux, susceptible d' duit dans des cavités assez étroites, sans crainte d'échauffement ni d tion. Il n'a pas encore été utilisé d'une manière spéciale.

ORTHOPNÉE. — *Voy.* DYSPNÉE.

ORTIÉE (Fièvre). — *Voy.* URTICAIRE.

OSSEUX (Appareil). — *Voy.* SQUELETTE.

OSTÉOMALACIE. — Cette affection, que l'on n'observe qu dulte, est considérée par un certain nombre d'auteurs comme identi chitisme des enfants; elle présente, il est vrai, plusieurs caractère dernière maladie, mais elle offre aussi des différences assez grandes l'on soit autorisé à traiter à part de son diagnostic.

doit à Jules Guérin, Stanski, Trousseau et Lasègue, et surtout à Beylard e, 1852), les principaux travaux qui ont été publiés sur cette maladie, arler de ceux dont le rachitisme a été l'objet.

Éléments du diagnostic. — Vers le début, il y a des *douleurs erratiques*, es, dans les différentes parties du corps, ressemblant à des douleurs rhumales, augmentant d'intensité avec les progrès de la maladie, et pouvant se généraliser, devenir continues et s'exaspérer par les mouvements, la ion ou le simple contact. En même temps, il existe une *faiblesse* prole, une *aversion pour l'exercice* et la *marche*, qui nécessite un aide et e fait avec hésitation et avec la crainte d'être renversé au moindre choc. *digestions* sont parfois difficiles, il y a des *vomissements*, des alternatives *nstipation* et de *diarrhée*, de l'*amaigrissement;* les *urines* fournissent pôt abondant de *phosphate de chaux*, quelquefois même des petits gra-; la *salive* peut aussi contenir du phosphate de chaux (Wright).

rès cette première période, ou sans elle (car elle peut manquer), il sur-quelquefois des *fractures* spontanées sous l'influence de mouvements rés, mais surtout des *courbures* anomales des os du squelette, et la dimi- de la taille due au tassement des vertèbres. Le ramollissement des mâ- *empêche la mastication*, les *genoives* sont molles et saignantes, les tombent. Quelquefois la mollesse des os permet de contourner les mem- tous sens. Il résulte de ces *déformations*, au milieu desquelles le se développe souvent, mais conserve sa forme régulière, des troubles nnels portant surtout sur la *respiration*, qui devient de plus en plus ; il peut même survenir de la *suffocation* et un *œdème* plus ou moins lisé. Le corps est ramassé sur lui-même et élargi en même temps, et les ures sont encore augmentées par des fractures souvent latentes ou qui gnalées par une *douleur subite très-vive*, fractures qui se compliquent mpes, sur lesquelles Trousseau et Lasègue ont les premiers attiré l'at-n (*Union méd.*, 1850).

Inductions diagnostiques. — Les faits d'ostéomalacie se présentent au en dans deux conditions bien différentes au point de vue du diagnostic : , en effet, il n'y a que de simples douleurs ou des troubles fonctionnels, tôt des fractures spontanées et des déformations.

maladie est d'autant plus aisément méconnue, dans la première condition, est extrêmement rare. Quoique l'on ait fait remarquer que les douleurs téomalacie occupent de préférence la continuité des membres et la co-vertébrale, et que, dans les cas de grossesse, elles débutent toujours, dit- la région pelvienne, on sera peu surpris d'apprendre qu'en présence uleurs erratiques du début, on ait toujours cru à l'existence du *rhuma-* ou de la *goutte*. La méprise est favorisée par cette circonstance que des rs, de part et d'autre, augmentent sous l'influence de l'humidité et des ements. Ce n'est donc que lorsque l'on verra survenir soit des fractures l'influence d'une cause très-légère, d'un simple mouvement, d'une secousse x, etc.. soit une déformation résultant d'un ramollissement des os, pen- l'existence de douleurs en apparence rhumatismales, que l'on pourra nner l'ostéomalacie. L'absence de gonflement et de rougeur dans cette e affection est insuffisante, en effet, pour faire rejeter l'idée du rhuma-rticulaire chronique.

définitive, ce sont les fractures spontanées et les déformations du sque-qui peuvent surtout mettre sur la voie du diagnostic. La constatation d'une ble quantité de phosphates dans l'urine, ainsi que la gêne de la respiration,



laits; enfin les *grossesses répétées*, qui font que la maladie
chaque nouvelle conception.

L'ampliation du crâne, lorsqu'elle a eu lieu, pourrait être
celle de l'*hydrocéphalie;* mais je rappelle seulement la pos
confusion, ayant précédemment discuté ce diagnostic différentie
CÉPHALIE). — La faiblesse se manifestant aux reins et aux mem
avec hésitation dans la marche et craintes de chutes, a fait cr
à une lésion de la *moelle épinière*, lorsqu'il n'y avait pas en
mènes caractéristiques de l'ostéomalacie. On a théoriquemen
caractères différentiels propres à faire distinguer les faits de cet
il en est un certain nombre dans lesquels ces caractères ne sont p
La paralysie du rectum et de la vessie et la douleur en ceintur
sont les seules données importantes qui ne se rencontrent pas
lacie. — La *maladie de Pott*, qui donne lieu à la fois à des
côté des reins et des membres inférieurs, et à une déformation
vertébrale, ne saurait être confondue avec l'ostéomalacie; car
plus ou moins généralisée dans ce dernier cas, est localisée au
ment d'une ou de deux vertèbres dans le mal de Pott. Cette derni
termine d'ailleurs un angle saillant caractéristique ou, à défaut de
des abcès par congestion qui, suivant la remarque de Beylard, e
méprendre. — Les déformations du squelette sont trop avancées lo
lissement des mâchoires amène la chute des dents et le boursoufl
des gencives dans l'ostéomalacie, pour que l'on puisse voir dans c
mes des signes de *scorbut*. Il faut noter toutefois que les deux aff
exister simultanément, et qu'au début, les douleurs générales,
répugnance pour les mouvements, qui se constatent dans les deux
raient faire hésiter le praticien, en l'absence de toute déformat
téomalacie et le scorbut, si, dans le dernier cas, la fétidité de l'
de la bouche, la mollesse et la fongosité des gencives, l'ébranle

scorbut, du *cancer* ou de la *syphilis*, aussi bien que de l'ostéo- 'est en constatant le défaut absolu des signes du scorbut, du cancer :role que l'on admettra l'ostéomalacie idiopathique, celle que Beylard, isseau, Lasègue et Gubler, considèrent comme le rachitisme chez e cancer et la syphilis se distinguent de l'ostéomalacie en ce qu'ils la *fragilité* des os donnant lieu à des fractures par suite de causes :s, mais non à des déformations du squelette. De plus, un cancer lo- ; les viscères, ou des signes extérieurs de syphilis constitutionnelles, donner ordinairement l'éveil sur l'origine de la fragilité osseuse. on n'oubliera pas qu'il y a eu des faits exceptionnels, comme celui ie Rocques-Poulain rapporté par Stanski, d'un cancer généralisé des nifeste dans d'autres organes; dans ce cas, la teinte jaune paille de ointe à l'état de dépérissement, était un très-bon signe pour soup- cause des fractures successives qui survinrent.

ialacie produit des *complications* qui dépendent de ce que le ramol- à une époque avancée de l'affection, envahit la colonne vertébrale. stent en *phénomènes nerveux* qui se manifestent par des *contrac- culaires*, des *paralysies partielles*, et une *exaltation extrême de ité ;* on y a joint, comme fait exceptionnel, l'*aliénation mentale*, loit au moins hésiter à attribuer à l'ostéomalacie, comme l'a fait 'g dans deux cas observés par lui (*Allgemein zeitschrift für ie*, 1861). Il faut considérer comme complications indirectes les :, les *pneumonies* et les affections ultimes qui surviennent ici comme mort chez les individus profondément débilités.

iostic. — L'ostéomalacie est aggravée par des grossesses successives. , elle a une terminaison fatale, surtout lorsqu'elle est entretenue par ses conditions hygiéniques.

:, **OTORRHÉE**. — 1° *Éléments du diagnostic.* — L'inflammation lu conduit auditif externe, qui n'atteint le plus souvent qu'un côté, auche que le droit, et rarement les deux côtés successivement, est e à l'état aigu par une *douleur* parfois prurigineuse au début, deve- airement très-intense avec les progrès de l'inflammation, et s'accom- : *bourdonnements*, de *sifflements*, de *dureté de l'ouïe* du côté cor- t, d'un *gonflement de la muqueuse* qui peut aller jusqu'à oblitérer et de *rougeur;* après trois ou quatre jours survient l'écoulement 'une *odeur* fétide, fade, toute spéciale, dont l'apparition soulage de , mais qui quelquefois peut rester emprisonné derrière la muqueuse :. La suppuration se prolonge au moins plusieurs jours, et la gué- ent, à moins que l'otite ne passe à l'état chronique. — Lorsque l'in- ι occupe l'oreille interne, la douleur est beaucoup plus vive, elle ι côté correspondant du crâne; la *surdité* est prononcée. En même a des symptômes fébriles (ils sont rares dans l'otite externe), parfois ertiges, du délire, des convulsions, le tout cessant dès que le pus s'é- qui a lieu ordinairement, d'une manière brusque, par le conduit ılus rarement par la trompe d'Eustache. Dans certains cas, l'écoule- jue se fait avec un bruit que les malades comparent à celui d'une , et qui provient de la rupture de la membrane du tympan. La suppu- est souvent fétide et rapidement suivie de guérison, peut quelquefois temps, et l'otite devenir chronique.

chronique, appelée aussi *otorrhée*, est externe ou interne. Quand xterne, l'écoulement d'un pus jaunâtre, fétide ou non fétide, des

bourdonnements d'oreille et la dureté de l'ouïe, *sans douleur*, sont les s[…]
symptômes importants que l'on observe. — Lorsqu'elle est interne, elle a […]
pour symptôme principal l'écoulement purulent et plus ou moins abondant […]
le conduit auditif, mais avec douleur permanente incommode, surdité, bour[…]
nements, sifflements dans l'oreille affectée. S'il y a perforation de la memb[…]
du tympan, l'action de se moucher fait sortir, parfois avec bruit, par le co[…]
de l'oreille, l'air emprisonné dans le pharynx, que l'effort fait passer p[…]
trompe d'Eustache dans la caisse du tympan.

2° *Inductions diagnostiques.* — Ce simple exposé des symptômes de l'o[…] aiguë et chronique, comprenant principalement des phénomènes locaux q[…] un siége tout particulier, démontre qu'il est facile de constater l'existen[…] cette affection, que confirme la constatation des causes qui l'ont produite. L[…] cumulation de la matière cérumineuse chez les enfants, l'introduction r[…] d'un cure-oreille, de corps étrangers, quelquefois des larves d'insectes vi[…] dans le conduit auditif, et enfin l'action du froid, sont les causes dont l'[…] est le mieux établie.

Mais en dehors de l'otite primitivement due à des influences diverses, […] est de *secondaires*, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer, principalement […] les enfants, et qu'il ne faut pas perdre de vue. Telles sont les otites surv[…] dans le cours de l'*affection typhoïde* ou des *fièvres éruptives*, et celles […] une lésion locale : à la *carie* ou à des *tubercules* développés dans le roch[…] temporal. Un écoulement purulent très-fétide, d'une durée de plusieurs […] ou de plusieurs années, précédé parfois d'une *tumeur* ou *abcès* au nive[…] l'apophyse mastoïde, par où le pus se fraye un passage, et enfin une *paral[…] faciale* due à l'altération du nerf facial baigné par le liquide purulent […] l'oreille interne qu'il traverse, sont les signes de l'otite tuberculeuse che[…] enfants.

La *paralysie faciale* est une complication remarquable de l'otite. El[…] développe graduellement ou subitement, à une époque déjà avancée de la […]ladie, après deux mois au moins; elle est plus ou moins évidente tantôt […]mière vue, et tantôt seulement lorsque l'enfant crie ou pleure (Barthez et Ri[…] La *surdité* peut aussi être une conséquence de l'otite avec ou sans ruptur[…] tympan. Le sens du goût peut aussi être diminué. Brouardel, à qui l'on d[…] bon travail sur les complications qui sont la conséquence de la carie et […] nécrose du rocher (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1867), a signalé en outre […] migration du pus dans le crâne ou dans les parties voisines (cou, région te[…]rale, etc.), où il forme des *abcès ;* le *sphacèle* des régions temporale, p[…]dienne et auriculaire, avec oblitération des carotides (Causit); la *thrombo[…] sinus ;* leur *perforation* et celle de la *carotide interne*, d'où une hémorr[…] plus ou moins grave (Jolly); des lésions des méninges cérébrale et sp[…] (*méningite cérébro-spinale*); et enfin les ramollissements du cerveau e[…] cervelet.

3° *Pronostic.* — On doit considérer la maladie qui m'occupe comme […] suivie le plus ordinairement d'une guérison complète, à moins que l'oti[…] soit symptomatique d'une lésion qui en fait alors toute la gravité.

OUIE. — *Voy.* Sens.

OVAIRES. — Ces organes, profondément situés de chaque côté du ba[…] sont inaccessibles à l'exploration médiate par le palper abdominal et le tou[…] vaginal dans l'état sain.

L'inflammation (*ovarite*), les *tumeurs*, et en particulier les *kystes*, sont, […] les *ruptures*, les affections qui peuvent se montrer au niveau de l'ovaire. L'[…]

›ut les kystes s'annoncent par des *tumeurs* qui deviennent sensi-
ration, et dont le volume, dans les cas de kystes, peut être assez
pour envahir presque entièrement l'abdomen.

les fonctions menstruelles sont bien connues, on a cherché à uti-
pliquant à la pathologie, la théorie de la ponte spontanée mens-
ulièrement à propos de la production des hématocèles (p. 504);
:e n'est pas encore fixée à cet égard (*Voy.* OVARITE, RUPTURES,

E. — Cette inflammation, rarement isolée de celle des autres an-
rus quand elle est puerpérale, se rencontre exceptionnellement en
e circonstance. Elle est d'ailleurs encore mal connue, surtout à l'état
son diagnostic n'est possible que dans un certain nombre de cas.

ts du diagnostic. — On a signalé comme symptômes locaux : une
iveau de l'organe augmenté de volume dans la fosse iliaque cor-
s'irradiant jusque dans les lombes et même dans les cuisses, parfois
jours augmentée ou même insupportable par la palpation; au même
umeur ovoïde, du volume d'un œuf de poule au plus, mobile ou
istante, pouvant être sentie de côté par le *toucher rectal*, et mate
›n (qui, étant très-douloureuse, doit être pratiquée avec légèreté);
cas enfin, une *constipation opiniâtre* produite par la compression
sur l'intestin. Les *symptômes généraux* sont très-variables, sur-
intensité.

ons diagnostiques. — La douleur locale et la tumeur peuvent
itre l'ovarite, mais il faut que, du côté de l'abdomen, la tumeur
et, qu'à la palpation, elle *paraisse séparée de l'os des îles* (Val-
, si l'ovaire est tombé sur les parties latéro-inférieures de l'utérus,
soit sentie par le toucher vaginal, dans l'un des culs-de-sac laté-
n, celui qui correspond à la *fixité anomale de l'utérus*. Aran,
particularités, a insisté sur la valeur du toucher rectal dans
oucher fait découvrir, en suivant les bords latéraux de l'utérus,
meur arrondie ou ovalaire, tantôt immédiatement adhérente à
ntôt seulement à une distance très-rapprochée de lui, mais pou-
ter sous la pression, lisse à sa surface, un peu tendue et résis-
me d'une noix ou d'un petit œuf au plus, très-sensible à la pres-
ıe l'utérus est à peu près indolent (*Leçons clin. sur les mal. de*
;, p. 592).

ordinairement rapide et aiguë de l'ovarite n'offre aucune particu-
se être utilisée pour le diagnostic. Ses *causes* les plus manifestes,
gie et l'*état puerpéral*, ne peuvent pas donner non plus d'é-
s; car, dans le dernier cas, il y a d'autres organes voisins enflam-
temps, et, s'il survient de la suppuration, ce qui arrive alors
les signes sont ceux du phlegmon iliaque.

ıefois attribué à une ovarite imaginaire, selon Briquet, la douleur
ıférieures du muscle droit de l'abdomen qui survient dans l'*hys-*
ı diagnostic différentiel entre l'ovarite et l'inflammation des autres
ıs, tout le monde est d'accord pour le considérer comme fréquem-
le, notamment celui de l'ovarite avec le *phlegmon de la fosse*
le signe indiqué par Valleix permettrait seul de la distinguer.
e suppuration ou d'abcès (dans la forme puerpérale), il peut sur-
ure du foyer dans le rectum ou le vagin, ou, comme complication
péritoine.

L'ozène peut-il exister sans une lésion grave de la muqueus
parties voisines? Oui, suivant les auteurs qui admettent la *pu*
mards, sorte de coryza chronique sans ulcération de la muqu
un point qui n'est pas encore éclairci, et qui doit être réserv
observateurs n'admettent que provisoirement l'absence de lé
dans l'ozène, faisant remarquer que, si elle n'est pas constatée,
à ce qu'elle est inaccessible à l'exploration, ou bien à ce que c
est incomplète. Les *ulcérations* de nature diverse de la pituitair
rations le plus fréquemment observées, si bien que l'ozène a ét
dénomination de *rhinite ulcéreuse*, de *coryza ulcéreux*. L'ex
ulcération est manifeste dans les cas où il y a affaissement, cr
propres du nez, ou expulsion au dehors de portions nécrosées
les autres cas, elle peut échapper à l'attention si l'exploration n
diquement faite tant par l'inspection directe que par l'emploi du
conseillé par J. J. Cazenave (*Voy.* NASALES [Régions).

L'ozène symptomatique s'observe dans quatre conditions pat
cipales : la scrofule, la syphilis, le cancer ulcéré, et certains cas
fosses nasales.

C'est principalement à l'affection *strumeuse* et à la *syphilis* q
en présence d'un ozène constaté. Mais ce n'est pas à l'aide d
qu'il faut chercher à établir l'une ou l'autre de ces origines. Il
férence sensible, en effet, entre les symptômes locaux de l'ozèn
ceux de l'ozène non syphilitique. De part et d'autre, il peut y av
les plus graves, déformation de la racine du nez, nécrose avec ex
travers la peau ou la muqueuse, affaissement consécutif et cicatri
ophthalmie et épiphora si le mal envahit le sac lacrymal. C'est
antécédents et dans l'examen des autres parties du corps qu'il
cher les éléments différentiels du diagnostic : pour les *scrofule*
gement des ganglions cervicaux, dans les abcès, l'ophthalmie

ou sans altération primitive des os du nez, tandis qu'il n'existait qu'une nmation de la pituitaire déterminée par des calculs, dont l'expulsion ou action ont été suivies de la disparition des accidents.

lgré l'ulcération profonde des parties qui survient quelquefois dans l'ozène uleux ou syphilitique, malgré la nécrose et l'élimination des os propres du la maladie guérit habituellement. Il en est de même des calculs. Il va sans que l'ozène cancéreux est incurable.

ACHYDERMATOCÈLE. — Selon Valentine Mott, de New-York, qui nalé cette affection congénitale de la peau et des tissus sous-jacents, on la maltrait d'abord à une tache brunâtre, s'accroissant avec l'âge, puis se formant en difformités hideuses dues à des plis superposés brunâtres, mols (comme une glande mammaire relâchée et très-maigre), avec diminution ante de la sensibilité à leur niveau (*Méd.-chir. transact.*, 1855). Ces s brunâtres avec anesthésie, ces difformités avec hypertrophie de la peau nt faire penser que l'observateur américain n'a pas eu affaire à une affec- nouvelle, mais à la *lèpre des Grecs* (*Voy.* ces mots).

ACHYMÉNINGITE. — A propos de l'hémorrhagie méningée cérébrale 00), j'ai rappelé que, pour un certain nombre d'observateurs, cette hémor- e était l'effet de la rupture de vaisseaux fragiles developpés dans des néo-mem- s, et que ces néo-membranes étaient la conséquence d'une inflammation nmée *pachyméningite* par Virchow. On doit à Charcot et Vulpian, qui pro- it cette opinion, un excellent travail sur cette question intéressante (*Gaz. om. de méd. et de chir.*, 1860). Si l'explication de l'hémorrhagie est nou- il n'en est pas de même des néo-membranes. Elles ont été signalées dès par Bayle et Calmeil, chez les sujets atteints de méningite chronique ou ralysie générale, et plus tard par Cruveilhier. Heschl le premier (*Path. ana-*, 1855) précisa leur mode de formation (production de tissu connectif sur uillet pariétal de l'arachnoïde) ; et l'année suivante (1856), Virchow en a une description plus complète en plaçant le siége de l'inflammation dans re-mère, d'où le nom de pachyméningite.

point de vue clinique. quelle que soit l'opinion que l'on ait du siége ana- que de la lésion, il est important de connaître les signes qui en dépendent t-ce que pour prévoir l'invasion soudaine de l'hémorrhagie méningée qui en être la grave complication. Il s'agit ici d'une affection à longues périodes, veloppant vaguement chez des sujets déjà malades et chez lesquels par équent la relation entre les symptômes et la lésion n'offre pas une netteté able à un diagnostic précis.

ici, d'après le travail de Charcot et Vulpian et le Mémoire de Lancereaux es hémorrhagies méningées (*Arch. de méd.*, 1862 et 1863), comment on établir le diagnostic de la pachyméningite.

Au début, l'*affaiblissement de l'intelligence*, une *céphalalgie* plus ou s vive, l'*assoupissement*, la *faiblesse* des membres, sont les symptômes procèdent de la pachyméningite, et qui caractérisent principalement l'affec- pendant son cours. A des recrudescences dans le travail subinflamma- s dont la dure-mère et les pseudo-membranes sont le siége, et à des con- ions sanguines dans leur voisinage, répondent des *attaques de pertes de naissance* observées dans un certain nombre de cas. Parfois une *para- e* se montre, due à l'hyperémie, ce qui explique la mobilité et le déplace- t de la perte des mouvements ; mais ce qu'il y a de plus remarquable, ce les *symptômes apoplectiques* de la dernière période de la maladie, qui endent de l'irruption plus ou moins brusque du sang entre les lames de la

néo-membrane ou dans la cavité arachnoïdienne (hémorrhagie méningée); symptômes, on le conçoit, varient suivant le plus ou moins d'abondanc l'épanchement, qui devient la maladie principale (*Voy.* HÉMORRHAGIE MÉNI CÉRÉBRALE, p. 500).

2° La première condition dont il faut tenir compte pour diagnostiqu pachyméningite, c'est l'état dans lequel se trouve déjà l'individu lorsq montrent les symptômes de cette affection. On a signalé la démence, la lysie générale et l'alcoolisme comme précédant le plus souvent son appar Une céphalalgie ordinairement longue, avec vertiges et étourdissements, sui somnolence, de torpeur profonde, avec contraction des pupilles sans strab annoncent le développement de la pachyméningite, dont l'évolution len caractéristique. — Les affections avec lesquelles on peut la confondre à période sont, suivant Lancereaux, certaines *céphalalgies syphilitiques*, la *nérescence athéromateuse* des artères de l'encéphale, la *méningite tub leuse*, les céphalalgies *anémiques* ou nerveuses. Mais il semble peu import discuter ce diagnostic différentiel, la pachyméningite étant caractérisée, en de ses complications, par des troubles et surtout un affaiblissement intelle permanents, qui ne se rencontrent pas dans les affections que je viens de rap Les *complications*, qui viennent s'ajouter aux phénomènes dont il a été d question, confirment le diagnostic. Ce sont : des congestions avec attaques de de connaissance et paralysies temporaires et mobiles; et des hémorrhagies l'épaisseur des néo-membranes et surtout dans la grande cavité arachnoïdi — On peut considérer ces complications et les symptômes qui les pré comme des degrés différents de la lésion intra-arachnoïdienne. La for rapide des néo-membranes peut-elle s'accuser par des symptômes partic Rien ne le prouve jusqu'à présent, malgré l'exposé séméiologique qu'a te faire le docteur Aug. Voisin (*Voy.* p. 501).

3° Le pronostic de la pachyméningite est grave; mais la guérison, d certains faits connus, ne paraît pas impossible. La gravité ressort du même des lésions, de l'abondance des épanchements hémorrhagiques, d soudaineté, et de celle de la compression du cerveau.

PALPATION. — On doit comprendre sous cette dénomination to moyens d'exploration immédiats ou médiats qui ont pour but de recueil données diagnostiques appréciables par le toucher.

Ces moyens sont directs ou indirects. Les premiers se rapportent à la *palp proprement* dite ; à la *pression* extérieure avec l'une des mains ou les ou avec un seul doigt ; au *toucher* plus profondément exercé dans la bou l'entrée du pharynx jusqu'à la glotte, et enfin dans la profondeur du vag du rectum. Les moyens indirects comprennent les *stylets*, *sondes* ou *in ments* introduits dans l'œsophage, dans le larynx, dans la vessie, le va l'utérus, le rectum, et dans les ouvertures ou canaux accidentels, dont on connaître ainsi la direction et l'aboutissant anatomique.

La palpation directe, appliquée aux parties extérieures, constate l'anest ou l'hyperesthésie, et notamment les foyers de douleurs névralgiques, les rations de la peau ou des muqueuses accessibles, leurs saillies et leurs rugos la flaccidité ou la fermeté des chairs, l'œdème, l'emphysème superficiel e pulsations du pouls.

A la poitrine, l'application de la main perçoit les battements du cœur e sa pointe, les frôlements, les frémissements vibratoires de cet organe ou tumeurs anévrysmales, la sensation de succussion, les frottements pleur ques ou péricardiques, les vibrations vocales, et, pendant la percussion, la s

lasticité ou de résistance des parties sous-jacentes au doigt percuté. ation sert en outre à l'exploration des viscères de l'abdomen et des tu-i s'y développent; elle révèle souvent leur degré de sensibilité, leur leur étendue et leur forme, leur mobilité ou leur fixité, leur consis-r élasticité, leur fluctuation, et le passage, dans une autre cavité, de ue la pression refoule. J'ai rappelé soit au mot ABDOMEN (p. 10) soit à s divers organes, et au mot TUMEURS, les services que peut rendre ›u immédiate ou médiate; des redites seraient inutiles. Je rappellerai que, pour la palpation abdominale, le malade doit être couché sur le mbes et les cuisses étant maintenues demi-fléchies, la tête relevée par ns, et les muscles dans un complet relâchement, ce qu'il n'est pas tou-: d'obtenir. La palpation abdominale est rendue plus difficile par la sen-ıgérée ou par l'épaississement accidentel des parois du ventre (em-œdème, phlegmons), ou par une ascite; tandis qu'elle est au contraire : la flaccidité de ces parois par suite de la maigreur ou de grossesses s, ou bien après la paracentèse.

[TATIONS. — Les battements exagérés du cœur qui caractérisent .tions sont quelquefois visibles au niveau de la région précordiale, ırois sont soulevées dans une étendue plus ou moins grande. Le plus ›s battements du cœur, dont le malade a conscience, se font sentir in appliquée à la région du cœur, ou bien soulèvent l'oreille ou le e de l'observateur.

›s *conditions pathologiques* des palpitations, il n'en est aucune ›lle ce symptôme soit pathognomonique. Il faut chercher ces condi-les affections du cœur ou du péricarde, dans un simple état fébrile, ines maladies des organes respiratoires, ou dans une état nerveux secondaire.

ardite, la *péricardite*, les *rétrécissements* des orifices du cœur, *trophie* simple, habituellement rencontrée comme complication de ne pulmonaire, et plus rarement les *insuffisances*, sont les affec-aques dans lesquelles on rencontre les palpitations comme symp-s ont pour caractère de revenir par accès dans la péricardite aiguë. pitations surviennent dans la première période de l'*asphyxie*, par le *fièvre;* mais celles qui donnent souvent lieu à des interprétations ›nt les suivantes.

›itations nerveuses sont extrêmement fréquentes, indépendamment que produisent accidentellement la marche rapide et les émotions s sont le plus souvent liées à des *anémies* de cause diverse, parmi la plus singulière est la CACHEXIE dite *exophthalmique* (*Voy*. p. 160). ıtions nerveuses secondaires se rencontrent encore dans les DYSPEPSIES avec des *entozoaires* des voies digestives, et dans des névroses de ›rse, comme dans l'*hystérie* et l'*état nerveux*.

DÉENNES (Maladies). — *Voy*. INTERMITTENTES (Affections).

RÉAS, PANCRÉATITE. — Cet organe a non-seulement pour de présider à la digestion des matières azotées laissées intactes par comme l'a si bien démontré L. Corvisart, mais encore de transformer ›n sucre, et d'émulsionner, par le suc qu'il sécrète, les matières ›s aliments qu'il rend aptes à être absorbées par l'intestin. Or, la ›n de ce dernier fait physiologique et la manière dont se fait la sécré-ıc pancréatique sont les deux particularités les plus utiles au dia-s maladies du *pancréas*.

L'inflammation aiguë (*pancréatite*), le CANCER, les *calculs*, les *kystes*, et les *flux* de cet organe constituent toute sa pathologie.

Le diagnostic de la pancréatite, étudiée par Bécourt (*Thèse*, Strasb., 18[illegible]) et Mondière (*Arch. de méd.*, 1836), est fort difficile, parce que ses symptômes sont rarement isolés. Ils consistent en une *douleur* épigastrique s'irradiant vers l'hypochondre droit, en une *diarrhée* de matières ressemblant à de la salive, peut-être avec *tension du ventre*. Un antécédent important à noter dans les faits observés, c'est que, dans tous, la maladie était due à l'usage du mercure. Mais pour tirer parti de ce fait, il faudrait soupçonner l'existence de la pancréatite; or, la constatation des matières comme salivaires des garde-robes pourrait seule en donner d'abord l'idée, si l'on n'en était pas détourné par les symptômes inflammatoires dont le foie et l'estomac sont aussi le siége. La formation d'un abcès pancréatique s'ouvrant dans l'estomac, comme on l'a observé (Fauconneau-Dufresne, *Union méd.*, 1847), n'est guère faite pour éclairer le diagnostic, qui ne saurait être que soupçonné. — La *pancréatite chronique* donnerait lieu à une salivation continuelle, selon Mondière.

Cette *salivation* d'une matière salivaire transparente, comme sirupeuse, rendue par expuition, la *présence dans les selles de matières grasses* non émulsionnées (par défaut de suc pancréatique), signe indiqué depuis longtemps par Bright, et constaté par Cl. Bernard, Eisenmann (de Prague), Lussana, Geffrey Marston, etc., et enfin l'*amaigrissement*, sont les signes principaux des autres affections du pancréas. Mais je dois dire que ces signes ne sont pas constants et que l'obscurité du diagnostic est d'autant plus grande que l'organe n'est pas accessible à l'exploration par le palper épigastrique, dans l'état sain, et que, dans le cas où il se forme une tumeur, celle-ci est facilement prise pour une tumeur de l'estomac (*Voy.* CANCER du pancréas, p. 178).

PAPULES, PAPULEUSES (Maladies). — Les petites saillies pleines et fermes, acuminées ou aplaties, rosées ou sans changement de couleur de la peau, qui constituent les papules cutanées, et que l'on rencontre quelquefois aussi au niveau de certaines muqueuses visibles, doivent être envisagées d'une manière générale au point de vue du diagnostic.

En dermatologie on ne comprend que le strophulus, le lichen et le prurigo dans les affections papuleuses; mais le clinicien rencontre souvent des papules en dehors de ces trois états morbides. — Les taches rosées de l'abdomen observées dans la fièvre typhoïde sont quelquefois assez proéminentes pour constituer des papules rosées. — Dans certaines fièvres éruptives au début de l'éruption, comme dans la rougeole et la variole, les papules de l'éruption donnent quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic. La *rougeole* dite boutonneuse peut, en effet, être caractérisée par des papules discrètes plus ou moins rapprochées qui ressemblent à l'éruption d'abord papuleuse de la *variole*. J'ai vu prendre pour une varioloïde une éruption généralisée (quoique relativement discrète) de taches rosées dans un cas de fièvre typhoïde; cependant ce fait est très-rare.

Il est clair que de pareilles erreurs ne peuvent se commettre que par suite d'un examen incomplet, et sans que l'on tienne un compte suffisant des prodromes et de l'ensemble des phénomènes morbides, à moins que ces phénomènes soient incomplets ou mal accusés, ce qui se voit assez souvent dans les maladies fébriles à leur début. L'hésitation est alors naturelle. Quant à la variole, elle a un caractère précieux qu'il ne faut pas négliger, c'est l'existence de papules à l'isthme du gosier, où elles se montrent souvent, alors qu'elles ne sont pas encore suffisamment accusées à la face.

: STROPHULUS, le LICHEN simple ou syphilitique (*Voy.* SYPHILIDES), , la *phthiriase*, il existe une affection cutanée que je dois rappeler ÉRYTHÈME dit *papuleux*, quoique les saillies en soient souvent mal es.

CENTÈSE. — *Voy.* PONCTIONS.

LYSIES (en général). — On sait que l'on comprend sous le titre non-seulement la diminution ou l'abolition de la myotilité dans les : la vie animale ou de la vie organique, mais encore la diminution ou des fonctions sensoriales, dont il a été question ailleurs (*Voy.* ANES-AMAUROSE, GOUT, SURDITÉ). Gubler a insisté avec raison sur la né- distinguer la paralysie réelle de l'asthénie ou de l'adynamie. La ysie est pour lui « la diminution ou l'abolition des facultés de sentir iouvoir, ayant pour cause immédiate des troubles fonctionnels, avec ;ion apparente, d'une ou de plusieurs parties de l'appareil sensitivo- *Arch. de méd.*, 1861, t. XVII, p. 333).

a question ici que des paralysies du mouvement.

lysies sont tantôt un symptôme, et tantôt une véritable maladie. Elles it dans des conditions si variées, que leur diagnostic est fréquemment iestions cliniques les plus complexes, quoique très-souvent le fait lysie généralisée ou localisée puisse se présenter immédiatement au omme une donnée bien définie. Cette complexité m'oblige à traiter diagnostic des paralysies considérées en général, avant de les exa- ur point de vue le plus pratique, celui de leur généralisation ou de ation, ce qui sera fait dans deux articles particuliers.

bles qui surviennent au niveau des muscles soumis à la volonté sont s les plus caractéristiques des paralysies de la myotilité.

la simple inspection des parties envahies peut faire souvent soup- reconnaître la paralysie. Tantôt c'est simplement l'*attitude* des ma- position *pendante* d'un membre, qui met sur la voie du diagnostic; la diminution relativement prononcée du *volume* des membres, des sculaires, de muscles isolés ou même de simples faisceaux de cer- es; d'autres fois c'est la difficulté particulière qu'éprouve le malade à *ertains mouvements*, ou bien enfin ce sont des *déformations* dues iction tonique et prépondérante des muscles sains, antagonistes de ont paralysés.

bilité des parties atteintes de paralysie est fréquemment diminuée ou me la myotilité, ce qui explique que la paralysie s'accompagne rare- *ouleurs* locales. La sensibilité électro-musculaire est d'ailleurs di- affectée dans les paralysies, car elle est tantôt conservée, tantôt ›u abolie, et tantôt exaltée : conditions dont on a tiré parti pour le

iptômes fonctionnels sont manifestement les plus importantes des liagnostiques. Ils comprennent avant tout la diminution ou l'aboli- myotilité volontaire ou involontaire. Les stations et mouvements di- irche, la préhension des objets, le regard, l'articulation des mots, l'é- :s sons, la déglutition, la respiration, l'expulsion des matières intes- de l'urine, sont particulièrement affectés dans les paralysies. Mais :nt qu'il est toujours beaucoup plus facile de diagnostiquer la dimi- l'abolition de la fonction motrice des musles volontaires que celle des sculaires des organes internes. Il suffit, en effet, que le malade ne :uter d'une manière absolue, ou qu'il effectue seulement d'une manière

incomplète, les mouvements qu'il désire exécuter ou qu'on lui prescrit, p
les paralysies des muscles de relation soient aisément constatées, à la co
toutefois d'éviter les causes d'erreurs qui seront rappelées tout à l'heure
que les paralysies des muscles de la vie organique se révèlent par des t
fonctionnels auxquels ces muscles participent, troubles très-variés sui
organes, et qu'il n'est pas toujours facile, comme on le verra plus loin, r
porter à leur véritable cause.

D'autres éléments de diagnostic au niveau des parties paralysées, pri
ment des membres, résultent, dans certains cas, de l'abaissement mani
leur température, de la faiblesse ou de l'anéantissement presque com
la circulation, de la sécheresse de certaines muqueuses (conjonctive), d
cheresse de la peau qui peut devenir squameuse dans les paralysies
nes, de l'infiltration œdémateuse des membres paralysés, de l'incontin
de la rétention des excrétions intestinales ou vésicale, de l'excrétion d
live, etc.

Enfin, outre l'*inspection* dont j'ai parlé plus haut, on peut encore tir
de l'exploration des muscles par la *palpation* qui juge de la flacc
du volume de ceux qui sont affectés, et de l'emploi de l'*électrisation lo*
qui fournit des signes que j'ai rappelés ailleurs (p. 324), et sur lesquel
à revenir.

J'ai dit que la constatation des paralysies des muscles de la vie anim
facile. Mais il y a quelques restrictions à faire à cette règle, car il y a d
pathologiques qui rendent les mouvements difficiles ou impossibles, e
sont pas des paralysies, mais des *pseudo-paralysies*. J'ai appelé déjà
tion sur ce point à propos de la MYOTILITÉ (p. 660), mais je dois rev
cette question et la compléter.

La vraie paralysie est simulée, en effet, par l'*immobilisation d'un*
bre, suite de lésions articulaires ou osseuses, ou de douleurs locales ex
par les mouvements, ou bien par une *contracture* permanente : il me s
rappeler ces causes d'erreur, trop grossières pour être méconnues. Ce
l'existence d'une contracture ne devra pas faire rejeter absolument l'idé
paralysie, car la contracture se montre quelquefois au niveau d'un r
paralysé. Des difficultés d'appréciation plus délicates peuvent se pré
lorsqu'il y a défaut de coordination des mouvements simulant un affa
ment paralytique; ou lorsque l'individu, par le fait d'une perte de c
sance ou d'un état comateux, présente une immobilité générale qui p
pendre ou non d'une paralysie; ou bien enfin lorsqu'il y a abolition,
la myotilité, mais du sentiment d'activité musculaire, c'est-à-dire une a
sie spéciale des muscles

Il est très-important de tenir compte de ces diverses particularités,
dernière, décrite ailleurs (*Voy.* p. 62), fait que le malade ne peut exécut
tains mouvements musculaires qu'à la condition d'en suivre des yeux l'a
plissement.

Lorsque la paralysie est simulée par un *défaut de coordination* des
vements, comme dans certaines paralysies généralisées ou dans les faits
pris par Duchenne sous la dénomination d'*ataxie locomotrice progr*
(*Voy.* p. 105), les mouvements sont incomplets, irréguliers, saccadés; m
main ne serre pas avec moins de force qu'à l'ordinaire; les membres infé
supportent le poids du corps sans fléchir, et, s'il y a des chutes, c'est parc
les mouvements de locomotion sont mal exécutés, et non parce qu'ils man
d'énergie. Il ne faut pas oublier cependant qu'un véritable affaiblissement m

peut coïncider quelquefois avec ce défaut de coordination des mouvements ntaires.

paralysie peut n'être qu'apparente dans les cas de *perte de connaissance* *coma*, dans une profonde *ivresse*, dans le *narcotisme*, dans une violente *motion du cerveau*. On conseillait de pincer ou de piquer les membres s'assurer de leur sensibilité et surtout de leur faculté motrice. Mais les vements qui se manifestent en pareil cas, sous l'influence de l'excitation, un membre d'abord immobile, ne prouvent pas qu'il y a absence de para- mais seulement que les mouvements réflexes automatiques sont conservés, la sensibilité cutanée n'est pas abolie. Quand cette sensibilité cutanée teinte, les mouvements réflexes, nuls par la piqûre ou le pincement, peuvent provoqués par l'excitation électrique des muscles.

s *antécédents*, qui comprennent les causes, l'invasion et l'évolution des omènes paralytiques, constituent des particularités de la plus grande valeur. parition subite ou graduelle de la paralysie, soit seule, soit avec d'autres tômes plus ou moins nombreux, et principalement avec ou sans symptô- cérébraux, l'état stationnaire ou progressif des phénomènes, leur fixité ou extension graduelle, donnent à la paralysie une diversité d'allures dont il grandement tenir compte.

ais pour décider à quelle paralysie on a affaire, il faut avoir présente à l'es- la nomenclature méthodique des espèces qui ont été jusqu'à présent con- es. Or, pour en arriver à se prononcer sur ce point difficile, il faut songer essivement aux paralysies dues à des lésions matérielles des *centres ner-*, des *nerfs*, des *muscles* ou des *troncs vasculaires ;* et, en cas d'exclu- aux paralysies sans lésions appréciables, dites dynamiques, nerveuses, ses, etc., et parmi lesquelles il faut admettre des paralysies *symptoma-* s ou secondaires, et des paralysies *idiopathiques* ou primitives.

yons quels sont les groupes de caractères qui, pendant la vie, peuvent per- re de formuler le diagnostic des paralysies comprises dans ces trois caté- s.

Paralysies par lésions anatomiques.

s lésions, ai-je dit, peuvent occuper les centres nerveux, les nerfs, les mus- ou les troncs vasculaires. Mais je dois faire d'abord observer qu'au lit du de il n'est pas toujours possible d'utiliser les faits d'anatomie pathologique nt scientifiquement établi l'origine matérielle d'un grand nombre de para- s. La constatation de la lésion n'est possible que dans deux conditions : lors- cette lésion est appréciable à nos moyens investigateurs, ou bien lorsque, profonde (comme pour le cerveau et la moelle), des symptômes particu- correspondent à des altérations spéciales. Or, il n'en est pas ainsi dans les faits de lésion qui sont des causes de paralysie. C'est là un premier d'obscurité diagnostique pour un certain nombre de faits, obscurité d'au- plus regrettable qu'il serait de la plus grande importance de ne pas consi- r une paralysie due à une lésion anatomique du *cerveau*, ou de la *moelle*, les *nerfs*, ou des *muscles*, comme une des paralysies sans lésions dont il question plus loin, et qui sont généralement bien moins graves que celles se rattachent à des lésions matérielles.

Par lésions cérébrales.

y a lieu de penser que la paralysie est due à une lésion aiguë du cerveau morrhagie, ramollissement, plus rarement congestion) lorsqu'elle débute quement ; lorsqu'elle se limite à une moitié latérale du corps; lorsqu'elle persistante une fois développée (sauf dans les cas de simple congestion);

lorsqu'elle s'accompagne de troubles intellectuels (perte de connaissance, coma, délire), parfois de contracture. S'il s'agit d'une lésion chronique (tumeurs, indurations, kystes généralement séreux), il se joint à une céphalalgie partielle très-intense des troubles intellectuels, ou du côté des sens (le plus souvent un affaiblissement de l'intelligence), des convulsions épileptiformes, des spasmes.

Il y a malheureusement des exceptions à ces généralités, qui sont cependant applicables à un grand nombre de faits; mais dans les cas douteux, l'électrisation des parties paralysées fournit un signe précieux indiqué par Duchenne (de Boulogne), qui a tant fait pour élucider l'étude des paralysies (*De l'Électrisation localisée*, 2e édition, 1861), et que j'aurai souvent à citer dans cet article. Ce signe, c'est la *conservation de la contractilité* et de la sensibilité *électriques*. Ce signe n'a sans doute rien d'absolu, puisqu'on le retrouve avec d'autres paralysies, mais les phénomènes concomitants ou les antécédents suffisent ordinairement ici, pour lui donner sa vraie signification.

Lorsque la paralysie, déjà ancienne, sera consécutive à des accidents cérébraux dont elle sera la seule conséquence, la recherche et la constatation de ces accidents antérieurs viendront faire soupçonner sa véritable origine, que l'on pourra affirmer en constatant une atrophie générale uniforme des parties frappées de paralysie, et la conservation de la contractilité électrique des muscles. L'absence de toute diminution de volume d'un membre, comparé à celui du côté opposé, fera facilement reconnaître une paralysie simulée comme j'en ai constaté un exemple remarquable dans les derniers temps.

2° Par lésions de la moelle.

Une douleur au niveau d'un point fixe du rachis, l'absence de troubles intellectuels, le siége habituel de la paralysie et son apparition simultanée aux deux membres inférieurs, et souvent au rectum et à la vessie, avec troubles très-graves de la respiration et extension de la paralysie aux membres supérieurs si la lésion occupe les parties supérieures de la moelle, enfin l'*affaiblissement* ou l'*abolition de la contractilité électrique et de la sensibilité des muscles paralysés* : tels sont les signes qui pourraient faire admettre qu'il existe une altération de la moelle épinière.

Mais ici, plus encore que pour les lésions cérébrales, on est exposé à croire à l'existence d'une lésion qui n'existe pas (*Voy.* plus loin Paraplégies). L'*abolition de la contractilité électrique* n'a pas ici malheureusement la même valeur que sa conservation pour les lésions cérébrales; car on retrouve cette abolition de la contractilité électrique dans plusieurs autres genres de paralysies dont il va être question. On doit seulement noter que, dans les lésions de la moelle, la sensibilité musculaire électrique est détruite en même temps que la contractilité, tandis que cette sensibilité est le plus souvent conservée ou exaltée dans des paralysies d'une autre origine, comme celles qui sont dues à l'influence du froid.

3° Par lésions des nerfs.

Une paralysie limitée à la zone anatomique des ramifications d'un tronc nerveux doit par cela même faire rechercher s'il n'existe pas une lésion, soit traumatique, soit spontanée, du nerf. Une *inflammation des parties voisines*, une compression par une *tumeur* ou par une *lésion des os* que le tronc nerveux traverse, peuvent quelquefois être constatées ou du moins fortement soupçonnées. En cas de doute, il ne faut pas oublier que la limitation de la paralysie aux muscles placés sous la dépendance d'un seul nerf peut exister sans lésion matérielle, comme on le verra dans le cours de cet article. Cette délimitation

mique est fort importante à constater, car elle permet de distinguer l'abo-de la contractilité et de la sensibilité musculaire, qui a lieu d'un seul lans ces paralysies, du même signe que l'on retrouve des deux côtés dans s de lésion médullaire.

s recherches histologiques ont signalé dans les nerfs périphériques des lé-qui, observées dans les paralysies partielles ou généralisées, sembleraient jeté un jour nouveau sur ces paralysies et avoir restreint beaucoup le re de celles qu'on a considérées comme essentielles ou idiopathiques. Jaccoud (*Leçon de clin. méd.*, 1867), les nerfs périphériques sont atteints phie lorsqu'il survient en quelques jours une *atrophie précoce* des mus-avec diminution puis perte de leur *contractilité électrique*, ce qui s'expli-arce que la lésion du nerf équivaut à une séparation complète entre le le et la moelle. Cette *atrophie nerveuse progressive*, caractérisée par atose et la prolifération conjonctive au niveau des nerfs, se produirait dans de ces trois conditions : 1° par *traumatisme ou compression;* 2° par le, quand les organes centraux ou terminaux des nerfs ont cessé de fonc-r; 3° *spontanément* ou d'emblée.

cadre de cette atrophie nerveuse progressive serait fort large, ce qui sim-ait beaucoup la nosologie si complexe des paralysies, puisqu'on devrait y rentrer la paralysie générale spinale de Duchenne, la paralysie ascen-aiguë de Landry, etc. « Une paralysie disséminée qui, dans l'espace de douze jours, altère la nutrition des muscles, en diminue la contractilité que, en abolit le mouvement réflexe en même temps que le mouvement vo-e, une telle paralysie ne peut pas être localisée ailleurs que dans les achidiens » (15ᵉ leçon). Jaccoud admet cependant que les mêmes effets duisent dans la désorganisation *complète* de la moelle, mais qu'il n'y a rs dissémination des symptômes. De plus, la dissémination de la para-lans les quatre membres peut avoir lieu avec une lésion de la moelle érose diffuse), mais les muscles sont alors peu à peu atrophiés, et ils ont vé leur contractilité ; il y a conservation des mouvements réflexes, dou-lorso-lombaires avec des paroxysmes douloureux, incontinence d'urine et atières fécales, et forme régulièrement paraplégique de la paralysie des res inférieurs (16ᵉ leçon). Enfin, de l'aveu de Jaccoud, il y a parfois coïn-e de lésions de la moelle et de l'atrophie des nerfs rachidiens.

s donc nier cette atrophie nerveuse spontanée, considérée comme cause alysie disséminée, atrophie progressive décrite déjà par Duménil, de (*Gaz. hebdom.*, 1866), sous la dénomination de *névrite ascendante*, ne pouvons admettre que la distinction des faits qui s'y rapportent soit acile à faire qu'on le croirait au premier abord. Cette atrophie rapide des s, qui répond à celle des nerfs, comme un signe d'importance capitale, rfois pas le temps de se produire avant que la mort survienne. Que de-lors la caractéristique de cette affection?

AR LÉSIONS MUSCULAIRES.

nt à ces *paralysies par lésions musculaires*, elles sont plus faciles à re-tre, puisque leur diagnostic se résume dans celui de quatre affections des s : la MYOSITE, qui est une affection très-rare ; — l'*atrophie musculaire* e de Jules Guérin, qui donne lieu à des difformités ou à des rétractions tives permanentes (pied-bot, torticolis, strabismes) ; — l'ATROPHIE grais-localisée ou généralisée des muscles, dont il a été question dans un arti-art, d'où résulte une diminution progressive des fibres des muscles atteints suite un degré d'*affaiblissement* de la contractilité et de la sensibilité

électro-musculaires proportionnel à la destruction de ces fibres; — et enfin paralysie musculaire dite *pseudo-hypertrophique*, affection curieuse dont m'occuperai plus loin (*Voy.* p. 729).

5° Paralysies généralisées par oblitérations artérielles.

Enfin un membre peut perdre la faculté de se mouvoir et de sentir suite de l'*oblitération de son artère principale*, comme l'a signalé Abercrombie (*Maladies de l'encéphale*, trad. par Gendrin, 1835). C'est à tort Gendrin rejette l'existence de cette paralysie (*ibid.*, p. 414), car la manière dont s'effectue l'affaiblissement musculaire importe peu, cliniquement parlant; il suffit que l'affaiblissement ou l'abolition de la myotilité soit réelle pour qu'il ait paralysie, paralysie particulière puisqu'elle est limitée aux muscles qui reçoivent le sang de l'artère oblitérée. C'est avec raison que Barnier, dans sa thèse d'agrégation sur les *paralysies musculaires* (1860), a défendu la légitimité de ces paralysies par oblitération artérielle. Cette oblitération en est la cause, ainsi que l'ont démontré Longet et Brown-Séquard par des ligatures temporaires de l'aorte produisant des paralysies également temporaires.

Les paralysies dues à cette cause anatomique sont facilement reconnaissables à ce que la diminution ou l'abolition de la contraction musculaire coïncide avec des phénomènes d'OBLITÉRATION artérielle, c'est-à-dire ordinairement avec gangrène. H. Bourdon a fait connaître un fait unique en ce genre; c'est une *paraplégie* avec *gangrène diffuse* des deux membres inférieurs par oblitération simultanée des artères iliaques par des embolies artérielles (*Soc. méd. hôpit.*, décembre 1866). Cependant il peut arriver que la gangrène fasse défaut quand il y a seulement gêne de la circulation. C'est ce qui arrive avec la lésion dénommée *artérite noueuse* en Allemagne, et qui est caractérisée par des épaississements circonscrits des parois artérielles (prolifération des cellules de la tunique moyenne), d'où résultent des dilatations et des diminutions alternatives du calibre des artères. L'obstacle à la circulation du sang entraînerait paralysie générale rapide, fébrile, avec douleurs musculaires intenses, et la présence sous la peau de petites tumeurs qui sont des nodosités artérielles (*Gaz. de méd. de Lyon*, 1867).

II. Paralysies symptomatiques sans lésions.

Lorsque les particularités relatives à la paralysie observée ne permettent pas de la rapporter à une lésion cérébrale, médullaire, des nerfs, des muscles, des artères, et dont il vient d'être question, il se présente une première et grande difficulté : c'est de décider qu'il n'existe pas réellement une des lésions latentes sans les phénomènes accessoires caractéristiques qui la font habituellement reconnaître. Il ne peut sans doute y avoir d'embarras, ni pour les oblitérations vasculaires, ni pour l'atrophie musculaire; mais l'hésitation est permise lorsqu'il existe des tumeurs latentes ou profondes, comprimant certains troncs nerveux, à plus forte raison une lésion cérébrale sans troubles intellectuels évidents, et surtout lorsqu'il existe une lésion de la moelle.

Pour se prononcer, dans les cas douteux de ce genre, il faut se demander si l'on n'est pas en présence d'une paralysie sans lésion organique, paralysie dynamique ou par action réflexe, mais symptomatique d'un état pathologique ou d'une maladie bien connus pour compter la paralysie au nombre de leurs symptômes, soit habituels, soit exceptionnels. Si, en effet, on constate l'existence de ces états morbides, qui comprennent des altérations manifestes du sang, certaines diathèses, des névroses, ou enfin des affections viscérales qui provoquent une affection réflexe, paralytique, comme l'a démontré Brown-Séquard (Voy. PARAPLÉGIE), cette connaissance de l'origine lève tous les doutes, principalement

si la paralysie présente par elle-même des caractères spéciaux, comme allons le voir.
es se distinguent habituellement des paralysies avec lésions par l'absence hénomènes qui précèdent ou accompagnent ces dernières, par l'absence de ûmes du côté du cerveau, assez souvent par leur début aux extrémités des res inférieurs puis supérieurs, par leur marche ascendante et envahis-, et enfin par leur développement irrégulier d'un côté à l'autre côté du corps.

PARALYSIES PAR ALTÉRATIONS DU SANG.

mi les maladies qui produisent des paralysies par le fait bien manifeste d'une ation *du sang*, on compte d'abord les *intoxications* alcoolique, satur-par le sulfure de carbone, par les miasmes paludéens, par l'arsenic, par le re, l'asphyxie par le charbon (H. Bourdon), les narcotiques (?), par l'ané- t les cachexies.

— La paralysie due à l'ALCOOLISME chronique est toujours générale et pagnée d'affaiblissement intellectuel, caractères d'une grande valeur qui mettent de la confondre qu'avec la paralysie générale des aliénés, dont il uestion plus loin.

le produite par l'*intoxication saturnine* est au contraire le plus souvent tée aux *extenseurs des extrémités supérieures* : la paralysie est alors si téristique, qu'elle peut à elle seule faire au moins soupçonner l'intoxication. ue cette paralysie occupe les membres inférieurs ou d'autres parties du , ou lorsqu'elle est généralisée, l'affaiblissement paralytique particulier extrémités supérieures reste prédominant, et la contractilité électro-mus-e est abolie. La connaissance de l'intoxication, lorsqu'elle est ensuite éta-explique immédiatement la nature de la paralysie. Je n'insiste pas davan-sur ce point de diagnostic, suffisamment développé à propos de l'intoxica-aturnine (*Voy.* p. 573).

paralysie due à l'*intoxication par le sulfure de carbone*, qui affecte palement les membres inférieurs et qui est parfois générale, se reconnaît plus ment encore, non-seulement par la constatation de la profession du malade, souvent et tout d'abord par l'odeur de sulfure qu'il exhale habituellement . p. 580).

ntoxication paludéenne détermine quelquefois aussi des paralysies locales nérales dont il est urgent de préciser l'origine. Le diagnostic est surtout lorsque les paralysies de ce genre cessent pendant l'apyrexie, et disparais-avec les accès intermittents. C'est alors une des nombreuses formes des s pernicieuses congestives.

s les paralysies qui résultent des autres intoxications, par l'arsenic, le mer-l'asphyxie par le charbon, la connaissance de la cause suffit aussi pour élu-le diagnostic. Et quant à l'affaiblissement musculaire attribué aux narcoti-il constitue plutôt un simple engourdissement qu'une paralysie réelle.

— D'autres paralysies non moins importantes sont celles qui ont été obser-dans les *états cachectiques*, ainsi que celles qui sont dues à l'*anémie* ou *hloro-anémie*. Elles ont été signalées par plusieurs auteurs, et Landry a avec raison sur leur fréquence (*Rech. sur les causes et les indications ques des malad. nerv.*, 1855). Ces paralysies sont en général remarqua-par leur apparition indifférente dans les diverses régions des deux côtés du le plus souvent par leur *marche progressive et ascendante* des extré-vers le centre, par l'absence de signes morbides du côté des centres ner-souvent (mais non toujours) par l'intégrité des fonctions de la vessie, et selon Landry, par l'*abolition de l'irritabilité électro-musculaire*.

Ces paralysies anémiques ou cachectiques soulèvent une grave ques
Comment se produisent-elles? On les a expliquées par l'épuisement ner
(Leudet) et surtout par l'insuffisance de la circulation, en se basant sur c
expérimental que la ligature d'une artère produit la paralysie dans la parti
correspond à la zone de ses ramifications, et que l'enlèvement de la ligatur
revenir le mouvement dans cette partie d'abord paralysée. Mais on a été
loin encore, dans l'explication des paralysies anémiques, paralysies dans
quelles on a englobé toutes les autres paralysies dites dynamiques. On les
produites par la contracture des vaisseaux capillaires de la moelle ou des
contracture due aux irritations organiques les plus variées. Ces irritations
paralysie seraient les deux extrêmes d'une action réflexe avec la contr
vasculaire au centre. Les faits expérimentaux de Donders, Snellen et Br
Séquard ont mis hors de contestation le fait de cette contracture vasculair
suite de l'irritation du grand sympathique.

En présence de ces intéressantes données, on peut rapprocher des para
anémiques celles qui se rattachent à une foule de *maladies aiguës ou ch
ques*, et qui sont importantes à connaître, quelles que soient d'ailleurs
causes. Leur réalité est parfaitement établie par l'intégrité des centres ne
qui a été constatée assez fréquemment sur le cadavre, par leur durée hab
lement éphémère, et par leur disparition plus ou moins rapide sous l'infl
d'un traitement approprié. On trouve des faits nombreux de ce genre da
travail de Landry, dans celui de Macario sur les paralysies dynamiques
nerveuses (*Gaz. méd.*, 1857), et surtout dans le Mémoire de Gubler (*Ac
la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5e fasc.). Je rappellerai, comme prod
ces paralysies symptomatiques :

La *fièvre typhoïde ;* — la *suette;* — le *choléra;* — les *fièvres érupt*
parmi lesquelles Gubler a signalé principalement la variole comme prod
des paralysies plus graves; — certaines affections thoraciques, comme la p
monie (Macario, Gubler) et l'*empyème;* — la *diphthérie ;* — l'*embarras
trique* (Golfin, H. Tweedy); — la *dysenterie;* — les *vers intestinaux* (T
— la *colique hépatique* (Fouquier); — les *affections utérines*, que Li
aurait vues produire la paraplégie, et Landry la paralysie du diaphragme e
muscles abdominaux; — l'*état puerpéral*, soit pendant la grossesse (P. F
Simpson), soit pendant l'accouchement ou après, et qui, dans cette der
condition, a été rencontré par Trousseau chez les nourrices (*Gaz. des h*
1846); — les affections des *voies urinaires* qui s'accompagnent de para
étudiées dans ces derniers temps par Raoul Leroy (d'Etiolles) et Brown Séq

Je dois signaler spécialement les *paralysies diphthériques*, que l'on a c
dérées comme la conséquence d'un empoisonnement spécial du sang, c
une des paralysies anémiques dont il est question, ou enfin comme une c
quence du voisinage de la lésion diphthérique.

Ces paralysies diphthériques ont été signalées par plusieurs auteurs, plus p
ticulièrement par Orillard (de Poitiers), et plus complétement étudiées
décrites par Maingault, dans un récent et très-bon Mémoire (*De la Paral
diphthérique*, 1860). Qu'elles soient localisées ou généralisées, comme j
indiqué à propos de la diphthérie (p. 304), c'est le voile du palais et le
rynx qui sont le plus souvent atteints. Maingault signale les troubles de l
tition comme ne manquant jamais lorsque la diphthérie est suivie d'une
généralisée. La recherche de la diphthérie comme antécédent, dan
de les plus diverses, est un point de pratique très-impo
ıpte de la marche qu'a suivie la maladie et de la

les symptômes sont groupés. La paralysie diphthérique apparaît douze à se jours à deux mois après la terminaison de l'affection diphthérique, la ysie du voile précédant toujours, dans cette période de convalescence appa-, les troubles éloignés de l'innervation. L'affaiblissement musculaire est itiellement *progressif;* il débute lentement, en s'accompagnant de fourmilnts et de troubles de la sensibilité des extrémités. *La contractilité élecue des muscles est conservée :* condition dont on peut tirer parti dans cers circonstances, mais qui, dans d'autres, serait aussi une cause d'erreur. gault a signalé de nombreuses méprises commises à propos de ces paras; je les rappellerai en leur lieu.

PAR MALADIES DIATHÉSIQUES.

 peut encore avoir affaire à des paralysies survenant comme conséquences ctions diathésiques connues, comme la *syphilis* ou le *rhumatisme.*

s paralysies dues à ces deux causes sont rares. Cette assertion pourra semsingulière, du moins relativement au rhumatisme, à ceux qui admettent se rhumatismales toutes les paralysies dues à l'influence du froid ou de idité. Mais à mon avis on doit, avec Landry, réserver la dénomination de atismales aux paralysies qui se développent *dans le cours ou à la suite humatisme aigu*, comme dans les faits cités par Griffouillère (*Journ. des siss. méd.-chir.*, 8ᵉ année). De ce que le froid et l'humidité sont capad'engendrer le rhumatisme, il ne faut pas conclure, en effet, que toutes conséquences soient de même nature.

PAR NÉVROSES.

autre ordre de paralysies symptomatiques sans lésions anatomiques est des névroses : à des *névralgies,* à l'*hystérie,* à l'*épilepsie.* Mais dans psie, ce sont les congestions répétées des centres nerveux et les lésions euvent en résulter qui expliquent les paralysies des épileptiques plutôt névrose elle-même.

 paralysies locales résultant d'une névralgie doivent plutôt s'entendre de qui lui succèdent que de l'affaiblissement musculaire qui accompagne les rs. Ces paralysies consécutives s'accompagnent généralement de l'*intéde la contractilité électro-musculaire*, avec *augmentation de la sen-é dans certains points*, suivant Duchenne. L'atrophie musculaire est mplication qui n'est pas rare.

paralysies hystériques méritent une mention toute particulière. Comme alysies chloro-anémiques, elles doivent être soupçonnées chez les femmes . La constatation des antécédents ou des signes actuels de l'hystérie lève s doutes. Ces paralysies ont été rencontrées chez plus du quart des hyses par Briquet (120 sur 430). Rarement elles sont généralisées aux quatre res et aux principaux muscles du tronc; le plus souvent la paralysie nt que les deux membres du côté gauche du corps; puis viennent, par de fréquence : la paralysie des deux membres inférieurs, celle des deux res du côté droit, plus rarement celle d'un ou des deux membres supé-, de l'un des membres pelviens, des pieds, des mains, de la face, du , du diaphragme. Son invasion est brusque ou graduelle, et, dans ce der-s, elle est précédée de fourmillements ou d'engourdissements. Rareelle est absolue; elle est aussi plus instable que les autres paralysies, et refois elle disparaît subitement sans laisser de traces. La faradisation ile démontre que *la contractilité électrique des muscles est conservée,* que *leur sensibilité est abolie :* double circonstance que l'on ne rencontre ans la paralysie hystérique. Mais Briquet fait remarquer que, dans certains

nous sur ce genre de paralysies réflexes au mot PARAPLÉGIE (V
très grand nombre des paralysies des divisions précédentes,
surtout, se développent de la même manière.

III. Paralysies primitives.

Lorsqu'on ne peut rapporter l'origine d'une paralysie, ni à u
rielle, ni à un état pathologique indépendant de toute lésion
vant produire directement cette paralysie, on admet qu'elle e
primitive, essentielle. Cette division doit être conservée, quoi
souvent en réalité un refuge de notre ignorance.

La plupart de ces paralysies sont des paralysies dont la cau
jours facile à déterminer. Il y a cependant des paralysies idio
développent sous l'influence d'une simple cause accidentelle do
révèle la nature réflexe de la paralysie. Je veux parler de celle
l'*action du froid* ou *de l'humidité*, et qui se développent du
main ou graduellement dans les parties qui ont été exposées à
Elles atteignent tantôt une moitié de la face (Bérard), tantôt u
membres inférieurs, etc. Telles sont encore les paralysies due
sion prolongée des nerfs ou des muscles d'un membre,
temporairement, dans la plupart des cas. C'est à une cause
Kennedy a attribué les paralysies temporaires constatées che
premier âge que l'on a couchés dans leur berceau sur le memb
atteint (*Dublin quart. journ.*, 1850). On a vu aussi une paraly
d'un *choc extérieur* (à la face).

Enfin je dois rappeler dans ces considérations générales le
tives qui surviennent localement (comme les contractures ou
suite de l'abus fonctionnel des muscles atteints, paralysies qui
suivant Duchenne, que pendant l'exercice fonctionnel (*Voy.* p.

Les autres paralysies idiopathiques, dont la cause est ignor
dites périphériques. Graves les a attribuées à une altération

ue. Il y a toutefois pour les viscères creux une cause particulière de paralysie essaire à rappeler, et qui est toute locale : c'est la distension excessive des ois de ces viscères, qui fait sans doute perdre leur élasticité aux fibres musaires. C'est ce que l'on voit dans les rétentions urinaires pour la vessie; c'est qui se passe probablement lorsqu'un météorisme excessif distend outre me les intestins chez le vieillard, ce qui entraîne la mort. Les symptômes des lysies des muscles de la vie organique varient d'ailleurs suivant les organes ctés, comme je le montrerai à propos de certaines paralysies localisées.

ressort de ce qui précède que les *formes* des paralysies sont extrêmement breuses suivant leur cause, suivant leurs caractères propres, suivant leur che, et surtout suivant leur siége. Cette dernière distinction est celle qui se servir de base pour l'étude diagnostique des paralysies en particulier. t certainement la plus pratique.

a paralysie n'a de gravité par elle-même que lorsqu'elle atteint les muscles t les mouvements sont essentiels à la vie, comme les muscles intercostaux diaphragme, ou bien ceux dont la paralysie peut se compliquer d'accidents tels, comme on le voit quelquefois pour l'œsophage.

ARALYSIES GÉNÉRALISÉES. — Au lit du malade, la première chose frappe l'observateur, c'est la généralisation ou la localisation plus ou moins tée des phénomènes paralytiques. C'est donc là le meilleur point de départ inductions diagnostiques. La localisation anatomique de la cause ou l'abe de toute lésion appréciable est, en effet, une détermination qui doit être secondairement, lorsque l'ensemble des symptômes a été bien étudié. A ce ier point de vue, la manière la plus logique, selon moi, de traiter des paras générales ou généralisées, est de les envisager d'abord suivant qu'elles ompagnent ou non de troubles cérébraux ou intellectuels, de délire, d'agia, de vertiges, de perte de connaissance, de coma, ou d'aliénation mentale, nant compte de ces phénomènes, soit comme données actuelles, soit comme cédents. Cette distinction établit, en effet, une différence assez facile à conr *si l'on examine le malade avec attention*, et elle a l'avantage d'être un llent point de départ pour les inductions diagnostiques.

Paralysies générales avec troubles intellectuels.

s paralysies, lorsqu'elles sont sous la dépendance de lésions encéphaliques, résentent dans deux conditions : comme phénomènes *symptomatiques* affection encéphalique grave, aiguë ou chronique, ou bien comme conmt une *maladie spéciale :* la *paralysie générale des aliénés*.

PARALYSIES GÉNÉRALES SYMPTOMATIQUES DE LÉSIONS ENCÉPHALIQUES.

me suffit de rappeler ici les maladies cérébrales graves qui s'accompagnent aralysie généralisée avec troubles cérébraux ou intellectuels : 1° l'*hémorgie cérébrale* des parties centrales du cerveau, ou occupant simultanément eux hémisphères, ou tellement abondante dans un hémisphère que l'opposé trouve comprimé; 2° l'*hémorrhagie intra-arachnoïdienne;* 3° l'*hydroalie;* 4° certaines *idioties;* 5° des *tumeurs* disséminées des deux côtés de éphale.

s premières de ces affections, qui sont aiguës, s'annoncent par un ensemble ymptômes cérébraux tellement graves, que la paralysie n'est plus qu'un ptôme secondaire qui n'a de valeur que comme élément pouvant servir à la isation anatomique de la lésion cérébrale. Dans les affections chroniques, aralysie généralisée a plus d'importance comme signe, et elle est plus ou s facilement rapportée à son origine, très-facilement dans les cas d'hydrohalie et certaines idioties. Cependant il est arrivé à Maingault de voir un



tandis que les malades offraient un affaiblissement intellectuel
tater un interrogatoire mieux dirigé. J'ai vu moi-même à l'Hôtel
atteint de paralysie générale, qui était considéré comme jouiss
de ses facultés intellectuelles, et qui ne pouvait parvenir à com
ou les jours écoulés depuis une époque bien déterminée, tout e
juste aux questions simples qu'on lui adressait.

Les travaux de Bayle, de Calmeil, Delaye, Parchappe, L
ger, etc., ont très-bien fait connaître cette affection. L'anatomi
démontré que la maladie était bien une entité morbide spéciale
que les études histologiques de Salomon, Rokitansky et Virch
davantage. Dans son excellente thèse d'agrégation (1853), Lasè
exposé critique remarquable, auquel j'emprunterai bien des n
article. Plus récemment, Bonnet et Poincarré (*Ann. méd.-psy*
ont fait des recherches microscopiques approfondies sur le systè
cette maladie, ont conclu que son origine réside dans le grand
non dans le cerveau, parce qu'ils ont trouvé les cellules de to
grand sympathique colorées par du pigment brun plus intense
sujets, avec substitution de tissu conjonctif et de cellules adipe
nerveuses. Il en résulterait une lésion des vaso-moteurs céréb
la méningo-encéphalite. Mais cette fine analyse de la pathogéni
générale des aliénés pèche par sa base; car rien ne prouve, ain
marquer Achille Foville, que ces lésions du grand sympathiq
secondaires.

La paralysie générale avec aliénation est propre à l'âge adu
fréquente chez l'homme que chez la femme; ce sont là des c
pensables à connaître d'abord, parce qu'elles circonscrivent l
gnostic.

1° *Éléments du diagnostic.* — La marche progressive de
en quelque sorte fatale, il est important d'indiquer rapidemen

jours trop rapides, des contractions musculaires énergiques lançant la jambe avant plutôt que la dirigeant. L'*incertitude de la parole*, qui ne tient pas quement au tremblement de la langue ou des lèvres, échappe quelquefois à tention du médecin parce qu'elle n'est pas continue ; mais si l'on fait lire le lade, comme le conseille Lasègue, le trouble de la prononciation apparaît. telligence n'est pas toujours affaiblie durant cette période initiale, mais ègue signale comme devant être recherchés avec soin les changements de actère ou les actes insolites et déraisonnables. Baillarger a indiqué le délire la mélancolie hypochondriaques comme étant un signe précurseur très-fréquent de la démence paralytique (*Acad. des sc.*, 1860), et Brierre de Boismont a sté sur la perversion des facultés morales et affectives (*ibid.*). Quoi qu'il en , il y a de temps à autre des étourdissements, des vertiges sans perte de connaissance, ou des congestions vers la face, des crampes, des secousses convulsives dans les membres, des grincements de dents, de vrais vertiges épileptiformes (Falret), parfois l'obtusion de la sensibilité générale, et une impuissance sque constante.

L'absence de paralysie, si bien signalée par Lasègue dans la première période, place dans la seconde à un affaiblissement véritable et de plus en plus prononcé des mouvements, qui continuent d'ailleurs à être trémulents et saccadés. se font avec une maladresse qui dépend à la fois du tremblement et de faiblissement musculaire. La langue est parfois sèche et fendillée, la prononciation plus gênée. C'est ici que les troubles intellectuels (démence) se ntrent s'ils ont fait défaut dans la première période. Fréquemment il y a si un délire des grandeurs, sans que l'ambition et l'orgueil soient véritablement en jeu, et qui varie suivant les habitudes et l'éducation des malades. Les ques vertigineuses, la céphalalgie, des congestions cérébrales plus fréquentes, avec chute, déviation de la bouche, tremblement dans une moitié du s (Lunier), le tout se dissipant sans laisser de traces qu'un nouveau pro- dans l'affaiblissement et le délire, enfin de vrais accès de manie, peuvent contrer. La sensibilité générale, obtuse ou conservée comme précédemment, parfois exaltée, ainsi que je l'ai observé.

Dans la troisième période, les malades finissent par vivre d'une vie presque tative. La physionomie est sans expression ou exprime un contentement ide. La prononciation devient inintelligible, la paralysie des membres de en plus prononcée, ce qui oblige à attacher le malade dans un fauteuil ou son lit dans la crainte des chutes ; il survient des *contractures* douloureuses dans les bras, les jambes, le tronc, les mâchoires. La mastication est complète, la déglutition imparfaite et compliquée parfois de suffocation par étration des aliments dans les voies aériennes, les déjections sont involontaires. Enfin la mort survient, précédée d'attaques épileptiformes ou convulsives et de coma, ou bien d'une diarrhée rebelle, de la suppuration de larges ures sur les saillies osseuses , ou enfin de complications pulmonaires. La adie a une durée qui varie, en moyenne, entre huit et dix mois, deux ou s années.

Inductions diagnostiques — Il résulte de cet exposé des symptômes la paralysie générale avec aliénation, que la maladie est très-facile à diagnostiquer lorsqu'elle est avancée. Mais à sa première période il n'en est de même, pour plusieurs raisons.

On peut d'abord se demander si l'on ne devrait pas considérer cette première e comme de simples prodromes. Cette manière de voir serait parfaitement justifiée au point de vue de la paralysie, puisqu'il n'y a alors que défaut

de coordination des mouvements et non paralysie réelle. En envisageant ainsi le premier temps de l'évolution de la maladie, et en constatant le moment où survient le véritable affaiblissement paralytique des muscles, on aurait donné plus de valeur aux observations dans lesquelles les troubles intellectuels ont été considérés comme tardifs et consécutifs à la paralysie. Dans ces derniers cas, la paralysie réelle existait-elle toujours? C'est ce que l'on ne saurait affirmer. A en croire un médecin allemand, il y aurait, au début de la paralysie générale qui m'occupe, une augmentation dans la température du corps (surtout quand il y a excitation maniaque), et ce signe pourrait être utile au diagnostic. C'est pousser un peu loin, croyons-nous, l'importance attachée à l'étude de la chaleur morbide. D'autres signes, d'une douteuse valeur, auraient été constatés par l'ophthalmoscopie à la fin de la première période, par Allbutt (*Roy. med. and chir. Society*, 1868), A. Voisin (*Union méd.*, même année), et Magnan (*Soc. de biol.*). Ces observateurs ne sont pas d'accord, en effet, sur la fréquence non plus que sur la nature des lésions intra-oculaires.

Quoi qu'il en soit, lorsque la première période est caractérisée par l'affaiblissement intellectuel, le tremblement et l'embarras de la prononciation, qui devient plus accentuée si l'on fait lire le malade, ces symptômes réunis ne permettent guère de méconnaître la paralysie générale des aliénés à son début. Le développement progressif de ces phénomènes sera une autre donnée utile. Quant aux causes autres que l'âge moyen de trente à cinquante ou soixante ans, comme le tempérament, les causes morales ou physiques, ou les excès de tout genre, elles ne peuvent servir à élucider le diagnostic.

Une constatation très-importante est celle de l'état des fonctions intellectuelles. Si elles sont réellement altérées, la question de la folie paralytique se trouve presque résolue; si elles ne le sont pas, il s'agit de décider si l'on a affaire à une paralysie générale progressive sans aliénation et à déterminer son espèce, ou bien à une paralysie générale qui doit se compliquer plus tard d'aliénation, ainsi qu'on l'a admis.

D'abord, relativement à la constatation des troubles intellectuels, je ne puis m'empêcher de signaler la légèreté avec laquelle les médecins non aliénistes recherchent leur existence. Si le malade répond avec justesse à quelques questions simples concernant leur maladie, ils les jugent sains d'intelligence, tandis que, plus d'une fois, un interrogatoire plus précis ferait découvrir un affaiblissement manifeste de l'intellect et en particulier de la mémoire. J'ai vu, a-t-on dit, un malade atteint de paralysie générale jugé à tort sans aliénation; il ne pouvait, sachant son âge, indiquer l'année de sa naissance, ni compter le nombre de jours compris entre les deux dates de son admission récente et de son interrogatoire. Il était évidemment affecté d'un commencement de démence. De pareils faits contribuent à démontrer qu'on a exagéré la fréquence de la paralysie générale sans aliénation, en tant que paralysie semblable à celle des aliénés en dehors de l'état intellectuel. On doit savoir gré à Jules Falret d'avoir insisté sur cette cause d'erreurs (*Arch. de méd.*, 1855, t. V).

Des méprises d'un autre genre peuvent résulter de la confusion de la paralysie générale des aliénés avec d'autres états pathologiques. — Le défaut de coordination des mouvements, avec tremblements au début de cette paralysie générale, pourra être confondu avec l'*ataxie locomotrice* progressive décrite par Duchenne, si l'on ne tient pas compte de l'ensemble des phénomènes qui se groupent de part et d'autre; car des deux côtés la force musculaire peut n'être diminuée qu'en apparence. — Il en est de même de la *paralysie agitante* à son début (Voy. p. 733). — L'*intoxication alcoolique*, si bien étudiée

ns ces derniers temps par le docteur Huss (de Stockholm), en imposerait s aisément pour la paralysie générale qui m'occupe. Elle offre néanmoins ns son ensemble et dans son évolution des caractères particuliers, tels que le mblement musculaire *universel*, qui précède l'hésitation de la parole, des *llucinations terrifiantes*, et la *disparition facile* des accidents par la ule privation des alcooliques. Mais dans certains cas l'erreur est facile, et n peut d'autant mieux croire à une paralysie générale commençante, que antécédents (abus des alcooliques) peuvent exister aussi dans la paralysie s aliénés. — Le *delirium tremens*, qui est à l'alcoolisme de Huss ce 'une maladie aiguë est à une maladie chronique, ne saurait être confondu ec la paralysie générale et si lentement progressive qui m'occupe. — La *ralysie diphthérique* a été signalée par Maingault comme pouvant faire ire à une paralysie générale des aliénés par le fait du bégaiement, de la faiesse des membres, de l'hésitation dans la marche, des troubles de la vue, et l'intégrité de la contractilité électro-musculaire. Mais l'intégrité des foncns intellectuelles, et la constatation de la diphthérie et de la paralysie du ile du palais comme antécédents, permettront d'éviter l'erreur. — La perte la contractilité électro musculaire, ou du moins sa diminution notable, tégrité des facultés intellectuelles, et les manifestations particulières autres e la paralysie généralisée, établissent entre la paralysie générale des aliénés celle qui est due quelquefois à l'*intoxication saturnine*, une ligne de dércation si tranchée qu'on est grandement surpris de voir qu'on ait pensé à imiler les deux maladies comme identiques (*Thèse* de 1860). — Enfin j'ai core à rappeler, comme ayant quelques points de ressemblance avec la alysie générale des aliénés, mais comme ne pouvant être pris pour elle, le *mblement sénile* et l'affaiblissement général de toutes les fonctions de ttion que présentent beaucoup de vieillards, et qui est une véritable parae générale incomplète résultant de l'âge.

Anatomiquement, la paralysie générale des aliénés se distingue des autres alysies généralisées par des *lésions* cérébrales particulières (*méningo-enhalite*), mais ce fait, très-important pour la classification nosologique de la ladie, ne peut servir que très-indirectement à son diagnostic clinique. Il en de même de l'hypertrophie du cerveau, que j'ai vue produire une démence alytique générale des mieux caractérisées.

Quant aux *formes* de la maladie qui m'occupe, celles avec aliénation appasant dès le début, ou avec aliénation tardive, sont certainement importantes connaître. Mais dans les faits sans aliénation dès le début, ne s'agit-il pas, mme je l'ai dit plus haut, de faits mal jugés, ou d'une simple période pronique dans laquelle il n'y aurait ni troubles intellectuels ni véritable parae, mais seulement tremblement ou ataxie locomotrice? Suivant Jules Falret, maladie, envisagée moins superficiellement, pourrait être divisée en quatre mes distinctes; il en résulterait les variétés : 1° *congestive;* 2° *paralytique; mélancolique;* 4° *expansive.* — Ce sont des cas compris dans les deux emières formes qui ont surtout fait naître l'idée de la paralysie générale sans énation. Dans la troisième variété (mélancolique), il y a des conceptions pochondriaques qui ont un caractère spécial (Baillarger); elles font dire aux lades qu'ils sont bouchés, ne peuvent ni manger, ni uriner, ni aller à la lle, ils n'ont point de tête, etc. Il y a alors une préoccupation constante du i avec un fond de démence. — Enfin la forme expansive, dans laquelle on nstate le délire ambitieux avec toutes ses particularités, est incontestablement plus fréquente.

Peut-on considérer comme des *complications* les attaques congestives épileptiformes, et les suffocations qui résultent quelquefois de la paralysie de l'œsophage? Ces accidents me semblent devoir être plutôt considérés comme conséquence des progrès de la maladie. De véritables complications observées sont les *gangrènes* humides d'un doigt, d'un orteil, les eschares au sacrum; j'ai vu un cas de mort occasionné par une gangrène horrible du pharynx.

3° *Pronostic.* — La paralysie générale des aliénés a une marche progressive et fatalement funeste. Il y a quelquefois des rémittences qui peuvent faire croire à une décroissance de la maladie, mais ce ne sont que des améliorations temporaires. A. Todd-Thompson a cependant publié un fait qu'il a donné comme un exemple de guérison (*Lond. med. Gaz.*, 1848); mais il est permis de se demander s'il s'agissait réellement de la paralysie générale qui m'occupe.

II. Paralysies générales sans troubles intellectuels.

Nous avons montré que certaines paralysies généralisées progressives ont été considérées comme simples ou sans aliénation, parce que l'on a méconnu souvent des troubles intellectuels légers qui devaient faire admettre la démence. Il n'en faut pas moins admettre qu'on peut rencontrer des paralysies généralisées progressives sans troubles intellectuels, mais dont la plupart diffèrent profondément des précédentes par leurs symptômes, leur origine et leur évolution. Ce sont celles dont nous allons faire l'étude diagnostique : question difficile, car les recherches plus approfondies des altérations anatomiques, et les progrès dont la physiologie du système nerveux a été l'objet dans les dernières années, ont fait envisager les mêmes maladies d'une façon différente par divers observateurs. De plus, il ne s'agit pas ici de maladies qui sont sous la dépendance de véritables lésions matérielles d'un seul organe (le cerveau), comme pour les paralysies générales avec troubles intellectuels, mais de paralysies qui dépendent de modifications particulières, non-seulement de la moelle épinière, mais encore des nerfs périphériques qui en émanent, et des muscles auxquels ils se distribuent. Tantôt ces modifications consistent en lésions appréciables dans le cordon médullaire, ces nerfs et ces muscles, et tantôt il y a absence de lésion, même au microscope. Enfin on n'a pas, dans les phénomènes observés, de caractéristique suffisante, dans tous les cas, pour affirmer que la paralysie généralisée est d'origine médullaire ou périphérique.

Ces graves questions ne peuvent être traitées à fond dans un ouvrage de la nature de celui-ci. Il me suffit de les avoir posées ou discutées sommairement à propos des paralysies en général; j'y reviendrai d'ailleurs d'une manière incidente à l'occasion, dans ce qui va suivre.

Considérées dans leur ensemble, les paralysies générales sans troubles intellectuels peuvent être dues aux trois ordres de causes que j'ai rappelés à propos des paralysies en général : 1° à une lésion de la moelle, des nerfs périphériques ou des muscles, à la condition que cette lésion sera diffuse; 2° à une maladie qui occasionne une paralysie généralisée sans lésions apparentes des organes de la myotilité; 3° enfin à une cause organique inconnue, qui a fait alors considérer la paralysie comme essentielle ou spontanée.

1° Quoique les *lésions de la moelle épinière* produisent simplement la paraplégie dans la plupart des cas, on peut rencontrer des faits dans lesquels la lésion est étendue jusqu'à la portion cervicale du cordon médullaire, ou bien comprime légèrement la partie supérieure de la moelle. Il en résulte la paralysie des membres supérieurs comme celles des membres inférieurs, du tronc, du rectum, de la vessie. S'il s'agit d'une maladie aiguë, on peut se trouver en présence d'une *congestion*, d'une *hémorrhagie* étendue de la moelle, ou d'une

yélite, affections dont il a été suffisamment question ailleurs (*Voy.* ces mots) que je me contente de rappeler qu'en pareille circonstance il survient habituellement des troubles symptomatiques caractéristiques. Dans certains cas, y a une gêne extrême de la respiration, par suite de la paralysie des muscles spirateurs. — Si la paralysie généralisée a une marche chronique, au contraire, le diagnostic est plus complexe, et présente des difficultés parfois très-grandes. On sait que la paralysie généralisée dite spinale est quelquefois très-obscure dans son origine. C'est ici que vient se ranger la paralysie qui est due à sclérose diffuse de la moelle, et que peut caractériser symptomatiquement, non-seulement cette *paralysie disséminée*, mais encore la *contracture*, comme Charcot l'a constaté chez une femme hystérique (*Soc. méd. des hôpit.*, 65), et d'autres fois l'*ataxie* des mouvements (*Voy.* SCLÉROSE et ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE).

Parmi les lésions périphériques, les lésions diffuses des nerfs et des muscles, surtout leur *atrophie*, sont celles qui peuvent donner lieu à des paralysies généralisées, et je puis me dispenser de les énumérer de nouveau ici, en rappelant l'importance prédominante que Jaccoud accorde à l'atrophie des nerfs, ou neuse, pour expliquer la plupart des paralysies périphériques.

Les paralysies générales ou généralisées, sans lésions appréciables, et qui symptomatiques d'une maladie déterminée, sont très-nombreuses comme maladies elles-mêmes. Ces paralysies sont dues principalement : à certains empoisonnements (comme celui dû à l'arsenic); aux *intoxications* alcoolique, ... rnine (p. 573), par le sulfure de carbone, par les miasmes paludéens 566), comme Colin en a publié une observation remarquable (*Gaz. hebdom.*, 30); à l'anémie, à la diphthérie, au rhumatisme; et enfin à des maladies aiguës verses comme phénomène consécutif.

3° Enfin on peut affirmer que toutes les paralysies dites primitives, idiopathiques ou spontanées sont susceptibles de se généraliser.

En faisant cet exposé rapide des conditions dans lesquelles se montrent les paralysies susceptibles de se généraliser, et qui sont exemptes de troubles cérébraux concomitants, j'ai par cela même indiqué les articles où se trouve leur ...de diagnostique. Mais il en est quelques-unes dont la nature est discutée, et ne peuvent trouver place qu'à la fin de cet article, consacré aux paralysies généralisées. Elles sont au nombre de quatre.

Une première est la PARALYSIE AGITANTE, dans laquelle le tremblement est à paralysie généralisée ce qu'est l'ataxie musculaire à la paralysie générale avec ...nation.

La seconde est la PARALYSIE DITE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE, dans laquelle paralysie n'est généralisée qu'au début.

La troisième a été dénommée PARALYSIE MUSCULAIRE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE, par Duchenne qui l'a décrite.

Enfin la quatrième, qu'on pourrait dire sans nom, est celle qui a été désignée par les termes : PARALYSIE ESSENTIELLE (des adultes), PARALYSIE ASCENDANTE ...UE, PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE SANS ALIÉNATION, etc.

A. PARALYSIE AGITANTE.

Cette singulière affection, assez rare, a été d'abord étudiée en Angleterre dès ...7, par Parkinson (*Essay on the Shaking Palsy*), puis, à partir de l'année ...0, en Allemagne et en France, où G. Sée (*De la Chorée*, 1851), Trousseau (*Union méd.*, 1859), et surtout Charcot et Vulpian (*Gaz. hebdom.*, 1861-1862), publié des travaux qui l'ont bien fait connaître.

1° *Éléments du diagnostic.* — On ne saurait mieux faire que de reproduire

le tableau succinct mais très-fidèle que Parkinson a tracé de la maladie.

Le début, dit-il, s'opère d'une manière insidieuse; rarement le malade peut en indiquer le début précis. Les premiers symptômes observés sont un léger sentiment de faiblesse et une tendance à trembler qui ont lieu tantôt dans la tête, tantôt, et plus communément, dans les mains et les bras. Ces symptômes s'accroissent progressivement, et un an environ à partir de l'époque où ils ont été pour la première fois remarqués, le malade, surtout pendant la marche, tient son corps plus ou moins fortement incliné en avant. Peu à peu les membres inférieurs deviennent à leur tour le siége de tremblements; et, à mesure que la maladie progresse, on les trouve de moins en moins capables d'exécuter les ordres de la volonté : alors l'agitation des parties affectées est tellement persistante que le malheureux malade trouve à peine quelques minutes de repos; si, par suite d'un brusque changement de position, le tremblement cesse dans un membre, il reparaît bientôt dans un autre membre; la marche, qui jusque-là avait procuré au malade un soulagement temporaire en le soustrayant à ses tristes réflexions, devient bientôt impraticable. S'il veut avancer, en effet, par une action indépendante de sa volonté, il se porte sur la partie antérieure des pieds et sur les orteils, et, en danger à chaque pas de tomber sur la face, il se voit contraint d'adopter le pas de course. A l'époque la plus avancée de la maladie, le tremblement des membres a lieu même pendant le sommeil, qu'il interrompt fréquemment; le malade devient incapable de porter ses aliments à sa bouche, et se voit obligé, pour cet acte même, de recourir à un secours étranger. Il y a une constipation opiniâtre, et il faut user fréquemment des purgatifs; quelquefois même l'emploi de moyens mécaniques devient nécessaire pour extraire du rectum les matières fécales. Le tronc est d'une manière permanente courbé en avant, le menton appliqué sur le sternum; les forces musculaires ont partout diminué; la mastication, la déglutition même sont difficiles; constamment la salive s'écoule de la bouche. L'agitation enfin devient plus rapide et plus constante encore; l'articulation des mots est devenue impossible; les urines comme les matières fécales sont rendues involontairement; le subdelirium et le coma terminent la scène, et sont suivis de mort.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les tremblements, avec affaiblissement musculaire, qui ont fait donner à la maladie la dénomination de paralysie agitante, constituent le symptôme principal qui la fait reconnaître. L'évolution de ces tremblements, ou leur extension, est graduelle, affectant d'abord un membre ou une autre partie du corps pour se propager ensuite aux autres parties. Ces tremblements consistent en oscillations régulières, continuelles dans l'état de veille, plus prononcées habituellement dans la station verticale ou dans les actes qui réclament l'emploi des parties agitées; diminuant momentanément au contraire sous des influences accidentelles, telles que des questions imprévues, une volonté énergique, etc., et cessant pendant le sommeil profond. La propulsion irrésistible qui fait que le malade ne peut marcher sans courir *après son centre de gravité*, comme l'ont si bien dit Charcot et Vulpian, est un signe caractéristique, mais qui n'est pas malheureusement constant; plus rarement, comme Graves & Romberg l'ont observé, il y a tendance au recul. Pendant longtemps les facultés intellectuelles et les fonctions de nutrition sont intactes (à part l'opiniâtreté de la constipation); mais il n'en est plus de même vers la fin de la maladie.

La *marche* lente, mais fatalement progressive des tremblements caractéristiques pendant des années (huit, dix ou même quinze ans en moyenne), est une donnée importante de diagnostic. Il en est de même de l'apparition des mouvements de propulsion ou de recul, des progrès de l'affaiblissement musculaire, et

phénomènes graves qui surviennent vers la fin de la maladie : affaiblisse- ; graduel de l'intelligence, somnolence fréquente, perte de l'appétit, grissement rapide, évacuations involontaires, eschares précédant la mort.

)uelques données *étiologiques* peuvent aussi aider au diagnostic. L'in- ce du *froid* et de l'*humidité* combinés, et l'ébranlement du système ner- déterminé par des *émotions* à la fois violentes et soudaines, sont les ipales (Charcot et Vulpian).

ne pourrait confondre la paralysie agitante qu'avec les affections qui ont mblement musculaire pour symptôme principal (*Voy.* TREMBLEMENTS). iorée chez l'adulte, les tremblements par intoxication et notamment le lement mercuriel, enfin le *tremblement sénile :* telles sont les principales. il sera facile d'éviter la confusion si l'on ne perd pas de vue les caractères ipaux de la paralysie agitante : tremblement rhythmique, continu, à mar- rogressive, et auquel vient fréquemment s'adjoindre une tendance plus ins marquée à la propulsion. D'ailleurs, les conditions accessoires de la ie en dehors de l'agitation musculaire seront des motifs de solution ostique excellents.

degré et la *forme* de la maladie dépendent de l'intensité plus ou moins e des tremblements, et de leur siége plus ou moins étendu à la tête, à ul membre ou à plusieurs, à un côté du corps, à sa partie supérieure ou eure, ou à la plupart des muscles volontaires. La limitation du tremble- à un seul côté du corps a fait admettre une forme *hémiplégique*.

propulsion irrésistible donne aussi à l'affection une forme caractéristique. aits observés par Oppolzer et par d'autres observateurs, ainsi que les rches expérimentales, doivent faire penser que les phénomènes de la para- igitante sont sous la dépendance d'une lésion du *bulbe* et de la *protubé-* :. Mais selon la remarque de Charcot et Vulpian, cette lésion (sclérose), à le se rattacheraient les périodes les plus avancées de la maladie, pourrait ı'être que consécutive. — Comme complications, on a signalé la *pneumo-* 'rousseau l'a vu occasionner la mort dans les deux faits qu'il a observés. ard (*Gaz. des hôpit.*, 1866) a signalé la *glycosurie*, qu'il explique par ısion de la lésion de la paralysie agitante au quatrième ventricule (?).

Pronostic. — D'abord la maladie peut passer pour une incommodité peu se; mais avec le temps, quand le tremblement devient général, c'est une ité grave, qui d'ailleurs a une issue fatalement mortelle. L'affaiblissement ctuel et les progrès de la paralysie doivent faire redouter une fin peu ée. La mort est proche quand il survient du subdelirium, le coma, des ions involontaires et des eschares du sacrum.

PARALYSIE ESSENTIELLE OU SPINALE DE L'ENFANCE.

te maladie a été longtemps décrite d'une manière incomplète sous la déno- ion de *paralysie essentielle* de l'enfance. Après avoir été entrevue par wood (1823), Schaw (1822) et Badham (1835), son étude a été successi- it complétée par J. Heine (1840), Rilliet et Barthez (1843), Kennedy, West, ıut (*Mal. des nouv.-nés*), Duchenne, de Boulogne (*Electris. localisée*, 2e édit., 1862), Brunniche (1861), Duchenne fils (*Arch. de méd.*, 1864), orde (*De la Paralysie dite essentielle de l'enfance*, *Thèse*, 1864) qui a é l'existence de lésions de la moelle épinière, lésions soupçonnées déjà, non décrites.

Éléments du diagnostic. — Il existe au début un mouvement fébrile plus ins prononcé, mais en général d'une courte durée. Il survient chez un ; peu de jours après la naissance, ou âgé le plus souvent de un à trois ans,

parfois de quatre ans et plus; avec cette *fièvre* de peu de jours, il existe rarement du *coma* ou des *convulsions*, mais toujours un état de *paralysie du mouvement*, sans atteinte de la sensibilité, paralysie qui peut être généralisée d'abord, mais qui, après une rémission, se localise plus souvent aux membres abdominaux qu'ailleurs, avec *atrophie consécutive* habituelle, et par suite *déformations* graduelles, puis permanentes résultant de l'altération de nutrition des muscles affectés, et de la prédominance d'action des muscles sains, antagonistes des muscles paralysés.

L'évolution de la maladie, sauf au début, est très-longue et dure plusieurs années jusqu'à ce qu'il ne reste plus que les déformations consécutives.

2° *Inductions diagnostiques.* — Si la fièvre du début ne peut pas par elle-même mettre sur la voie du diagnostic, il n'en est plus de même dès que la paralysie est constatée, soit en même temps, soit aussitôt que la fièvre est tombée; si, de plus, l'intelligence est intacte (au cas où l'enfant est déjà un peu avancé en âge), ces symptômes seuls suffisent au diagnostic. Il s'agit bien alors d'une paralysie de l'enfance. Cette paralysie, d'abord généralisée, ou erratique, comme j'en ai vu un exemple, finit par se fixer après un temps variable au niveau de certains muscles ou groupes de muscles, et principalement au niveau des membres inférieurs. La maladie devient alors de mieux en mieux caractérisée, mais c'est surtout lorsque ces muscles paralysés s'atrophient en entraînant des difformités incurables, qu'il n'y a plus le moindre doute sur l'existence de cette affection.

Il faut savoir que la paralysie occupe principalement les membres, rarement la face, et qu'elle peut tantôt se terminer par la guérison d'une manière assez rapide, et tantôt aboutir à une atrophie musculaire redoutable en ce qu'elle entraîne des déformations incurables. Comment savoir si la paralysie aura ou non cette conséquence? Car rien dans l'invasion, ni dans les caractères apparents de la paralysie, ne paraît différencier les cas favorables de ceux qui ne le sont pas. Suivant Duchenne, l'électrisation localisée trancherait la question en produisant des contractions au niveau des muscles atteints de paralysie temporaire, et en ne les obtenant pas au niveau des muscles qui doivent subir l'atrophie. Plusieurs observateurs, Kennedy principalement, ont décrit la paralysie temporaire comme une maladie à part, et confondue à tort avec les paralysies de cause externe ou taumatique; Duchenne en fait également une maladie à part. Cependant il me paraît rationnel, à part les faits de traumatisme, de ne faire qu'une seule maladie comprenant les cas légers et les plus graves, en considérant l'électrisation comme un excellent moyen de pronostic.



Fig. 146. *Fig.* 147.
Atrophie de tous les muscles moteurs du pied gauche vu en dedans, *fig.* 146, et en avant, *fig.* 147 (Duchenne).

L'atrophie une fois survenue, il faut connaître bien exactement, comme l'a fait observer Duchenne avec raison, les troubles occasionnés dans la forme et dans l'usage des membres par la perte de tel ou tel muscle, ainsi que ses recherches

nière. Il a démontré ce fait curieux que l'atrophie de tous les rs du pied entraîne une difformité moindre, *fig.* 146 et 147, 'un seul muscle, l par exemple; et 149 montrent n pied-bot dû à atrophie aban- même pendant *ectr. local.*, 2e Duchenne a étu- es déformations inférieurs, qui es enfants à la ils de-jatte, ou diqué dans la membres su- hie produit des on moins remar- eau du bras et le deltoïde est ement perdu, *fig.* 151.



Fig. 148. — Athrophie du triceps sural (jumeaux et soléaire) ayant produit un *talus pied creux* direct.

Fig. 149. — Le même pied que celui de la figure 148, pendant sa flexion, qui se fait avec abduction exagérée.

nstate chez les enfants ces déformations si mal connues autre- origine, on ne peut méconnaître la paralysie atrophique de l'en- ic que viennent corroborer les anamnestiques quand on peut les



Fig. 150. Fig. 151.

sie atrophique de tous les muscles moteurs des membres inférieurs, à l'exception du que gauche. Attitude du jeune malade pour la marche, exécutée ainsi depuis six an- ts de l'articulation du coude, trop faibles pour supporter incessamment le poids du distendus dans le sens de la flexion, au point que l'avant-bras faisait un angle ren- , dans le sens de l'extension.

deltoïde entièrement atrophié.

-à-dire un début fébrile passager, avec paralysie plus ou moins bord, puis sa localisation persistante. La longue durée de

l'affection est une donnée confirmative. — La question de l'âge auq débuté la maladie a aussi une grande importance, puisqu'on ne l'a guère vée chez des enfants âgés de plus de quatre ans (de un à trois ans en moy Qu'on ne croie pas cependant que cette règle soit absolue ; car j'ai vu une fille, âgée de huit à neuf ans, être prise, à la suite d'une longue promen pied en hiver, de fièvre avec troubles paralytiques généraux (parmi lesqu montra momentanément la paralysie de la langue), puis de paralysie atrop limitée à un deltoïde et aux muscles d'un des membres abdominaux qui resté déformé, tandis que l'atrophie du deltoïde a cédé à l'emploi de trisation. En dehors de l'âge, les causes habituelles de la maladie sont obscures, et leur recherche ne peut encore être utilisée dans la pratiqu

L'observation que je viens de rapporter soulève une question de diag différentiel qu'il ne faut pas négliger : celui de la *paralysie de l'enfanc atrophie* et de l'*atrophie musculaire progressive*. Mon malade avait dé il est vrai, l'âge habituel des enfants atteints de la paralysie qui m'occupe le début et l'évolution de sa maladie ont été semblables en tout à ceux paralysie atrophique, et j'ai cru devoir la qualifier ainsi, depuis que cette ladie m'est connue. L'existence de l'atrophie musculaire progressive cependant devoir être rangée aussi parmi les maladies de l'enfance en pré des faits rapportés par Edw. Meryon (*Med. chir. Transactions*, t. XXXV Duchenne (*Electris. local.*) et Laborde (*Loc. cit.*). — Il est nécess s'assurer que la paralysie localisée n'est pas due à un *traumatisme* à une *compression*, à une paralysie *rhumatismale*, ou bien qu'elle n' liée à l'*hystérie* ou à une autre affection convulsive. — Le *mal de Po paraplégie* due à la myélite ordinaire produisent à la fois des troubles myotilité et de la sensibilité, et ne sauraient être confondus avec la par de l'enfance, si l'on tient compte de l'ensemble des caractères de p d'autre. — Il en est de même des paralysies de cause cérébrale, qu d'ailleurs bien plus régulièrement délimitées que la paralysie si fréquen irrégulière de l'enfance.

Le *siége* et le degré de la paralysie de l'enfance sont subordonnés et à la gravité plus ou moins grande de la lésion de la moelle épinière.

Cette *lésion*, d'abord méconnue complétement, a été soupçonnée pa chenne dans la moelle par l'étude des phénomènes et de l'évolution de l ladie, et par la ressemblance de ces phénomènes avec ceux qui résulten lésions traumatiques de la moelle. Mais c'est à Laborde qu'on doit la c tation de cette lésion (*De la Paralysie dite essentielle de l'enfance* Thèse, 1864). Elle consisterait en une altération *primitive* de la moell nière, particulièrement dans les parties qui président à la myotilité, avec dations qui en montrent la nature *irritative et congestive*, et suivie d'atr avec *sclérose* de la substance nerveuse. Les lésions atrophiques des m auraient lieu avec ou sans dégénération graisseuse. L'existence de la lés la moelle est très importante à connaître si on la considère comme poi départ des phénomènes observés, car elle en éclairerait le vrai diagnostic l'esprit de l'observateur est en déroute en voyant nier cette lésion par R au moins dans un certain nombre de cas (*Union méd.*, 1867), et par Jaf qui la remplace par l'atrophie des nerfs périphériques (*Leçons de clin.* 1868).

Malgré ces incertitudes, nous adopterons jusqu'à nouvel ordre l'existence lésions spinales. Elles permettent, en effet, non-seulement de bien expl les symptômes de la maladie, mais encore (cette remarque est très-import

parfaitement les deux *formes* de la maladie : l'une bénigne et
ı *paralysie sans atrophie*, et l'autre avec atrophie et déforma-
utives irrémédiables, la *paralysie atrophique*. On conçoit; en
lésion spinale puisse donner lieu à la première de ces forme
ɜt simplement congestive, et à la seconde lorsqu'elle es exsuda-
ıique.

tic. — On n'a jamais vu la paralysie de l'enfance être suivie de
lant sa gravité est hors de toute contestation au point de vue des
irrémédiables qu'entraîne la maladie, lorsque l'atrophie survient.
non atrophique est seule sans gravité, et je puis assimiler cette
ɔ à la congestion de la moelle aux paralysies passagères dues à la
ɛrébrale. J'ai signalé plus haut l'importance de l'emploi de l'électri-
sée pour se prononcer sur les formes bénigne ou atrophique de la
on début.

SIE MUSCULAIRE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE.

die curieuse a été d'abord décrite par Duchenne sous la dénomina-
ɔlégie *hypertrophique congénitale* (*Electrisat. localisée*, 2e édit.,
ılus complétement étudiée, et reconnue comme pouvant s'étendre
ʒ supérieurs, c'est-à-dire se généraliser, sous le nom de *paralysie
pseudo-hypertrophique* ou *myo-sclérosique* (*Arch. génér. de*
t. I). C'est d'après ce récent travail que nous en ferons l'étude dia-
autres observateurs, depuis les premières recherches de Duchenne,
ıeilli et publié des observations de cette maladie (au nombre de plus
Allemagne), mais on ne trouve nulle part un exposé complet de la
ıme celui qu'en a fait notre compatriote d'après les faits qu'il a
usieurs lui ont été fournis par Bouvier, H. Roger, d'Espine (d'Aix), et
ɜron, qui en a rencontré l'exemple le plus important, communiqué
1867, à la Société des hôpitaux.

les éléments du diagnostic donnera d'abord une idée générale de
lle que Duchenne l'a comprise, et qui est toute différente de la
nale de l'enfance dont il a été question plus haut.

ıts du diagnostic. — La paralysie musculaire dite pseudo-hy-
ː s'observe dans le cours de la première ou de la seconde enfance,
des enfants, dont l'intelligence est altérée, mais le plus souvent
'ants ayant toute leur intelligence. Les éléments diagnostiques qui
nnaître diffèrent aux trois périodes que Duchenne a établies.

emière période, il se développe un *affaiblissement* limité, en géné-
cles moteurs des membres inférieurs, et qui retarde ou empêche
ː la première enfance, ou qui se déclare à l'âge de trois, quatre et
affaiblissement musculaire s'accompagne de troubles particuliers
on et la marche : *écartement des jambes*, formation d'une cour-
sacrée allant jusqu'à l'*ensellure*, *équin bilatéral*, et enfin *dandi-
tronc* pendant la déambulation. — Cette première période, qui a
ɜ quelques mois à un an, est en général assez courte par rapport
ɔériodes.

ɜuxième période, les troubles fonctionnels précédemment indiqués
ʒmentant ; mais ce qui caractérise cette période, c'est surtout
hie apparente des muscles affaiblis, et avant tout des *muscles*
Cette hypertrophie n'est qu'apparente, parce l'augmentation exces-
ne des muscles n'est due qu'à l'hyperplasie de leur tissu connectif
ɜe qui explique la faiblesse musculaire. Quel que soit le moment

7de l'apparition de cette hypertrophie apparente, le volume des affectés *augmente progressivement et lentement*, puisque leur accro met une année à un an et demi avant d'atteindre son maximum. La reste ensuite stationnaire pendant plusieurs années (deux à trois, et qu plus).

Enfin la troisième période s'annonce par l'*aggravation de la p* et son extension aux *membres supérieurs*, si, dans la première péri était localisée dans les membres inférieurs. Alors l'usage des membres su



Fig. 152. — Paralysie pseudo-hypertrophique chez un garçon de 10 ans vu de face, montrant ses pectoraux atrophiés, quoique tous ses autres muscles soient en apparence hypertrophiés.

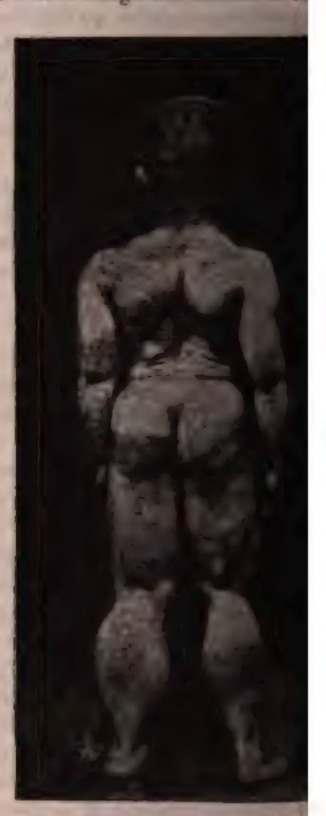


Fig. 153. — Même sujet vu de dos, développement monstrueux et général muscles (ce qui lui donne des fo athlétiques et exagérées).

était-il resté intact, l'élévation des bras devient difficile, puis imposs autres mouvements s'affaiblissent ensuite, et se perdent progressivemen voit pas cependant, dans cette troisième période, les muscles augmente lume, comme dans la deuxième période ; il en est qui restent au contrair comparativement aux muscles hypertrophiés. En même temps ces hypertrophiés perdent aussi progressivement ce qui leur restait de f au point que les pauvres enfants, alors arrivés en général à l'adolesce vent rester constamment couchés ou assis.

Cette espèce de paralysie étant *apyrétique*, et les fonctions qui pré la digestion, à la respiration et à la circulation se faisant comme da

unes sujets peuvent vivre assez longtemps dans l'état le plus avancé die, sans altération des fonctions de la sensibilité et des fonctions t de l'intestin. Enfin, dans une période ultime, ils tombent en l'épuisement, et sont rapidement enlevés par une maladie inter-

ns diagnostiques. — Considéré en lui-même, l'affaiblissement e la première période est loin de pouvoir suffire au diagnostic. fet, pas rare de voir des enfants marcher tardivement sans que la pseudo-hypertrophie des muscles se déclare; mais il n'y a alors ni l'écartement des jambes, ni l'ensellure du tronc, ni le dandinement, qui sont des signes excellents de cette première période de la paralysie qui nous occupe.

me sujet vu de profil, nsellure pendant la stahe.

Le diagnostic n'offre plus de difficultés dès que les muscles du mollet prennent le développement difforme qui est un des principaux caractères de la paralysie pseudo-hypertrophique des muscles. C'est un phénomène morbide qui, au premier abord, étonne toujours le médecin lorsqu'il le voit coexister avec l'affaiblissement des mouvements. Les formes athlétiques qui en résultent sont malheureusement, pour certaines mères, un motif d'orgueil qui les empêche de se préoccuper de l'affection très-grave dont leur enfant est atteint. Il n'y a plus d'illusion à se faire lorsque les progrès du mal se sont étendus à la plupart des muscles du corps, comme le montrait le jeune garçon que les figures 152, 153 et 154 représentent sous ses différents aspects. Ces monstrueuses hypertrophies musculaires sont faciles, en effet, à rapporter à leur véritable origine lorsqu'elles s'accompagnent non-seulement d'affaiblissement paralytique, mais des signes progressifs du début : écartement des jambes, ensellure, dandinement dans la marche, et de plus double équinisme des pieds qui se rencontre assez souvent.

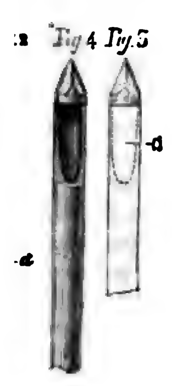
lente mais fatalement croissante des phénomènes dont il vient n est une donnée diagnostique dont la valeur se révèle d'elle-maladie est spontanée; c'est par exception qu'elle a débuté par des u qu'elle a été précédée d'une fièvre éruptive. — D'autres données rnies pas les causes, dont quelques-unes, jointes aux phénomènes à l'heure, sont caractéristiques. La paralysie musculaire pseudo-e est propre à l'enfance, sans être congénitale, comme Duchenne it pensé, et elle apparaît soit à l'âge où les enfants apprennent t à marcher, soit plus tard, vers l'âge de cinq à treize ans. Elle est sive au sexe masculin, et s'est vue, en Allemagne et en Angleterre, s enfants de la même famille (Wernich, Heller, Meryon). Dans s observés il n'y avait de rachitisme.

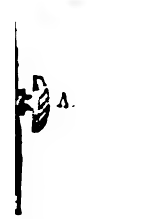
Le *diagnostic différentiel* de la paralysie [illegible] d'abord établi avec l'atrophie musculaire progre[illegible] la[illegible] enfants, puis avec la marche tardive de la pre[illegible] écarter de la discussion le *développement exagéré* [illegible] *laires* que l'on observe aux membres inférieurs. chez [illegible] marche naturelle suffit pour caractériser cet état [illegible] que signaler la *polysarcie de l'enfance*, dans l[illegible] adipeux a une épaisseur considérable, tandis qu'elle [illegible] ment sur les muscles augmentés de volume dans la [illegible]

Dans l'*atrophie musculaire progressive* des [illegible] par la face, et s'étend en plusieurs années en [illegible] niveau du tronc, puis des membres inférieurs, où elle [illegible] partielles diverses, nombreuses, avec dépression et [illegible] tandis que la paralysie pseudo-hypertrophique [illegible] par [illegible] rieurs, puis remonte lentement vers le tronc et la face [illegible] en produisant un affaiblissement musculaire, malgré l'a[illegible] des muscles qui seule caractérise la déformation. — La [illegible] (atrophique) *de l'enfance* débute le plus souvent par de la [illegible] néralisée, tantôt paraplégique, tantôt hémiplégique ou croisée, [illegible] lisée à une portion de membre, mais tous les muscles sont [illegible] d'emblée, puis la paralysie, suivie d'atrophie, se localise dans [illegible] avec les déformations propres à l'atrophie. Dans la paralysie [illegible] trophique, il n'y a pas de fièvre, l'affaiblissement paralytique [illegible] localisé aux muscles des membres inférieurs et aux extenseurs [illegible] suivi d'hypertrophie musculaire apparente avec les déformation[illegible] l'hypertrophie. — Enfin dans certains cas de *marche tardive* [illegible] jusqu'à deux ou trois ans, tantôt il y a, suivant Duchenne, une [illegible] caractérisée par une intelligence obtuse, une parole tardive et [illegible] [illegible] et tantôt un simple arrêt de la faculté coordinatrice de l'[illegible] mouvements instinctifs de la marche. Dans les deux cas, lorsq[illegible] s'effectue, elle a lieu sans l'écartement des jambes, sans l'ense[illegible] nement si caractéristiques au début de la paralysie pseudo-hyper[illegible]

Dans ce diagnostic comparé, je n'ai pas parlé de l'emploi de [illegible] localisée, parce que la contractilité électro-musculaire ne m'a pa[illegible] présenté des caractères distinctifs suffisamment accusés. J'ai [illegible] jusqu'à présent de m'occuper d'un moyen imaginé par Duchenne, l'examen histologique des muscles pendant la vie. Il a été inspi[illegible] opérations sanglantes à peine croyables, pratiquées par trois obser[illegible] mands, qui ont fait exciser des fragments de muscles sur le vi[illegible] du bistouri, en agissant sur leurs malades comme sur une chose [illegible] dans le but de faire l'examen histologique de leurs muscles. Du[illegible] plus humainement avec son trocart emporte-pièce, *fig.* 155, et l[illegible] à la rigueur conseiller l'emploi de cet instrument, à la condition d[illegible] localement la partie, s'il y avait réellement un intérêt majeur à [illegible] recherche. Mais je me hâte d'ajouter que Griesinger, Heller et W[illegible] rien trouvé d'anormal dans les fibres musculaires extraites sur le vi[illegible] Duchenne les ayant fait examiner par Ordoñez, ce dernier n'a tro[illegible] qu'une striation très-fine, en dehors de l'hypertrophie très-consi[illegible] tissu connectif des muscles notée par tous les observateurs. Duchen[illegible] cette très-fine striation le caractère anatomique de la lésion de la fi[illegible] laire elle-même. Cependant la question n'est pas tranchée, car Ra[illegible]

: que la striation très-fine, presque invisible, est une apparence nor- l'on verrait toujours quand on observe des muscles vivants, ou même des muscles excisés après la mort, pendant la période de la rigidité cadavérique (Aug. Ollivier : *Thèse sur les atrophies musculaires;* agrégation, 1869, p. 182).





tige fermee de l'em- histologique. 2, sa et une portion de son :t 1, sa tige grossie n de montrer la ca- oit le morceau de vé par l'instrument

Ce que nous avons dit précédemment montre comment le *siége*, les *degrés* divers et les *formes* de l'affection dépendent de l'étendue des lésions musculaires, et de la période de leur évolution. On ne peut considérer commé *complications* que les maladies intercurrentes qui emportent ordinairement les jeunes malades à la fin de la maladie.

3° *Pronostic.* — Duchenne a vu guérir deux fois la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique à sa première période (affaiblissement musculaire avec troubles dans la station et la marche). C'était chez des enfants qui en avaient été affectés seulement à l'âge de six ans ou sept ans et demi. Mais la maladie *a été suivie de mort dans tous les cas* où elle est arrivée à sa seconde période, celle du développement exagéré du volume des muscles par l'hyperplasie de leur tissu connectif. Or, cette exagération de volume n'est guère constatée à son début, ce qui fait que la maladie est ordinairement trop avancée pour être guérie, lorsque la pseudo-hypertrophie est évidente. La fatalité du pronostic n'est d'ailleurs pas en rapport avec l'étendue plus ou moins grande de la lésion, puisque Duchenne a vu mourir un enfant chez lequel elle était bornée aux muscles jumeaux des extrémités inférieures.

.YSIE PROGRESSIVE AIGUE.

ralysie générale sans aliénation est-elle véritablement *essentielle?* nplement *réflexe?* Est-elle due à une *lésion spinale?* ou bien est-séquence d'une *atrophie des nerfs périphériques?* Chacune de ns a été résolue affirmativement par différents observateurs. Cette sur la nature de la maladie explique la diversité des dénominations : été appliquées : *paralysie essentielle progressive*, *ascendante enso-progressive aiguë*, *spinale* des adultes (Duchenne), *périphé-* :oud).

d'Angers), dans son *Traité des maladies de la moelle épinière* (con- 182), Cruveilhier, Graves, Sandras, O. Landry, Requin, Kussmaul, ıchenne, etc., ont publié des faits de cette paralysie générale étrange. j'en ai recueilli deux, sur l'un desquels j'aurai à revenir, et Pelle- à propos d'un malade qu'il a observé à Lariboisière dans le service de rapproché cette observation de treize autres déjà publiées comme des tionnels, pour formuler la description de la maladie (*Arch. gén. de* 1865, t. V).

ents du diagnostic. — D'après ce relevé de Pellegrino Lévi, il existe nt une période prodromique consistant en *fourmillements* qui amment aux orteils et aux doigts, et auxquels se joint un *senti-*

ment de fatigue aux extrémités, surtout aux jambes. Ces prodromes ont une durée très-variable de quelques heures, de quelques jours, ou de plusieurs semaines.

La faiblesse, sans cause appréciable, devient rapidement plus considérable et se change, tout à coup parfois, en une *véritable paralysie* qui atteint d'abord les *membres* inférieurs, et qui rarement débute par les membres supérieurs ou par le *pharynx* et l'*œsophage*. La paralysie envahit ensuite graduellement les quatre membres, ainsi que le tronc et même le diaphragme. Il en résulte que le malade est absolument immobile dans son lit dans le décubitus dorsal, en proie à une *dyspnée* avec des exacerbations variables, et à une *dysphagie* variable également. L'*intelligence* et la *mémoire* sont intactes, la *physionomie* ani... sans expression de souffrance, parfois il y a de *funestes pressentiments*, du *malaise*, de l'*insomnie*, *pas de douleurs;* cependant il y en eut, dans un cas, de très-vives aux membres inférieurs, et seulement quand on soulevait la tête du malade; elles cessaient immédiatement dans le décubitus. La constipation est habituelle, et la miction volontaire avec urines parfois ammoniacales au moment de l'émission. Nous verrons cependant que la paralysie peut s'étendre à la vessie, et que la *contractilité électrique* presque toujours intacte, et trouvée une seule fois *très-affaiblie* par Duchenne, peut être complétement abolie, comme je l'ai observé. A aucun moment il n'existe ni contracture, ni secousse spasmodique, ni vibrations fibrillaires, ni tremblement. Le pouls ne dépasse jamais 100 pulsations, la chaleur est modérée et il y a fréquemment des sueurs profuses. La mort peut survenir, et très-promptement, par l'immobilité des muscles respirateurs. La terminaison fatale a eu lieu du troisième au douzième et treizième jour, une fois seulement au vingtième jour (Duchenne).

2° *Inductions diagnostiques*. — Lorsqu'on est en présence d'un malade à la période prodromique, il n'est pas possible d'établir le diagnostic, car ces prodromes n'ont rien de spécial. Cependant les fourmillements persistants des extrémités doivent faire craindre l'invasion de la paralysie; et il n'y a plus de doute à avoir sur son existence lorsqu'elle envahit rapidement les membres et le tronc en même temps qu'il y a une intégrité parfaite de l'intelligence. Cet envahissement peut se faire en moins de vingt-quatre heures, comme l'a vu le docteur Caussin chez une femme âgée de soixante ans. J'ai vu un cas semblable en 1853. Un menuisier âgé de trente ans, parti le matin à pied de son domicile, près de la porte Saint Denis, pour son atelier situé au faubourg Saint-Antoine, éprouva en y arrivant des fourmillements avec une difficulté de plus en plus grande dans la préhension des objets; rentrant chez lui presque aussitôt, il fut trois heures à opérer son retour, par suite de l'affaiblissement rapidement croissant de ses membres inférieurs, qui l'obligeait à s'asseoir sur chaque banc qu'il rencontrait. Arrivé à sa porte, il dut être porté à son lit, où il resta dans une immobilité complète; c'est ainsi que nous le vîmes le lendemain à l'hôpital de la Pitié, où il fut transporté. Cette immobilité était absolue, sauf pour les muscles respirateurs; son intelligence était complète, le regard expressif, la tête immobile comme le reste du corps; la contractilité musculaire électrique était partout absolument abolie, et cette paralysie générale était la plus complète que j'aie jamais vue, même au niveau de la vessie. J'aurai à revenir sur cette intéressante observation.

Il est évident qu'un pareil ensemble de phénomènes, et principalement l'envahissement rapide de la paralysie avec intégrité des fonctions intellectuelles, ne permet pas de douter sur l'existence de la paralysie progressive ou envahissante aiguë. L'absence de tout tremblement, de toute convulsion ou contrac...

it au défaut de lésions matérielles de la moelle, le défaut de réaction rquée, et surtout l'envahissement toujours continu, jamais mobile, ion du mouvement dans les différentes parties successivement attein- nt un groupe de signes caractéristiques qu'on ne retrouve dans aucune die.

rle pas de l'emploi de l'électrisation comme moyen de diagnostic, contractilité électrique, habituellement intacte, a été trouvée une fois lie par Duchenne, et par moi complétement abolie dans le fait que je apporter. Cette abolition de la contractilité électrique musculaire était mon malade, que l'électrisation, employée comme moyen de traitement mort, survenue au huitième jour, ne réveilla jamais de mouvement, un léger soulèvement du pouce dans les derniers jours.

ion des phénomènes qui caractérisent la maladie fournit elle-même les utiles au diagnostic. L'apparition rapide et l'envahissement succes- paralysie, commençant habituellement par la périphérie ou les extré- membres, plus rarement par le pharynx, pour gagner les différentes corps, offrent une physionomie toute particulière. Il en est de même te durée de la maladie quand elle est suivie de mort, ce qui est mal- ient ordinaire. — L'étiologie de la maladie étant fort obscure, on ne er partie pour le diagnostic de la constatation des faits peu nombreux portent aux causes. La maladie a été observée plus souvent chez les que chez les femmes, entre l'âge de vingt et quarante ans dans le d nombre des cas, et exceptionnellement dans l'enfance et la vieil- in les *refroidissements* prolongés, le corps étant en sueur, sont la se déterminante qui soit bien connue.

écessaire de discuter le diagnostic différentiel avec les autres paralysies ? Je dis générales, car il faut mettre hors de cause les paralysies limi- mment les paraplégies dues à des affections de la moelle. Parmi ces il y a cependant la *congestion de la moelle*, qui a été comparée à la rogressive aiguë; mais la marche et les caractères si différents des dies (*Voy.* CONGESTION DE LA MOELLE, p. 223), et la terminaison, si nent heureuse de cette dernière, et si fatale dans la maladie qui m'oc- stituent des dissemblances trop grandes pour que la confusion puisse comme elle paraît l'avoir été par Ollivier (d'Angers) alors que la para- progressive aiguë était loin d'être connue. Cependant la confusion de ysie avec la congestion de la moelle n'a-t-elle pas été faite dans le ité par Caussin (*loc. cit.*), dans lequel il existait des *douleurs lom- es* qui semblaient révéler l'hyperémie de la moelle? C'est ce qu'il ible de décider en l'absence de la nécropsie.

it absolu de lésions quelconques de la moelle épinière a été constaté vue et à l'examen microscopique dans tous les cas de mort par para- essive envahissante aiguë dans lesquels la recherche a pu en être faite. ainsi dans l'observation que j'ai rapportée; et à ce propos, je ferai que la paralysie vésicale existait ici, malgré l'absence de toute lésion le, ce qui démontre une fois de plus qu'on ne peut se fonder sur ou l'absence de cette paralysie de la vessie pour affirmer une para- le avec ou sans lésions de la moelle.

ysie progressive aiguë peut se présenter sous deux *formes* impor- ppeler. Le plus souvent continue dans son évolution, elle peut offrir de rémittences plus ou moins répétées dans sa marche. Caradé, de Tou- par Landry, a vu une femme dont la maladie était caractérisée par des

Quand la guérison a lieu, il ne faut pas oublier qu'elle se fait ...
une grande lenteur, et que les muscles envahis les derniers ...
mouvement commence à revenir.

PARALYSIES LOCALISÉES. — A propos des paralysi... dont nous avons traité dans le précédent article, nous avons p... que la généralisation ou la localisation de la paralysie était le p... plus pratique du diagnostic. Le groupe des paralysies localisée... étudié à part, va surtout démontrer l'importance clinique d... de voir.

Que les paralysies partielles se montrent isolées, ou se combi... sous l'influence des causes que j'aie rappelées (*Voy.* PARALYS... elles n'en ont pas moins des caractères particuliers, des condit... ques, et une signification qu'il est indispensable de connaître. ... paralysies constituent d'ailleurs, non de simples symptômes, m... maladies.

Je vais m'occuper successivement : 1° de l'hémiplégie; 2° de ... 3° de la paralysie faciale; 4° des paralysies des muscles de l'épa... membres supérieurs; 6° d'un des membres inférieurs; 7° de la ... muscles de l'œil; 8° de la langue; 9° du voile du palais; 10° de ... voile du palais et des lèvres; 11° du larynx; 12° du diaphragme ... phage; 14° des muscles abdominaux, des intestins, du rectum; ... de l'anus; 16° de la vessie.

Les considérations générales dans lesquelles je suis entré (*V*... en général) abrégeront beaucoup ma tâche dans l'étude diag... paralysies locales, à propos desquelles je n'insisterai que sur le... qui leur sont propres. Je passerai sous silence certaines paralysi... çonnées que reconnues, et que l'on a cru être l'origine de troub... de certains organes. C'est ainsi que l'on a attribué la lenteur de... la faiblesse ou l'intermittence du pouls et une syncope mortelle...

qu'au supérieur, en raison du poids du corps que doivent supporter nités pelviennes. On a cru d'abord que la température des membres était abaissée d'une manière positive et constante. Mais des recherches ètriques exactes ont mis en relief la difficulté de formuler des résultats température étant comparativement trouvée tantôt plus élevée, tantôt e du côté paralysé, et d'autres fois en parfait équilibre. C'est ce qui es recherches de Folet (*Gaz. hebdom.*, 1867). Suivant Charcot, la ıre s'élèverait dès le début de l'hémorrhagie cérébrale, cause habituelle plégie, par le fait des modifications de la nutrition, et lorsqu'elle s'é-, 40, 41 degrés, c'est l'indice d'une mort prochaine (*Soc. de biol.*,

ıditions pathologiques de l'hémiplégie sont nombreuses. Elles se rattabord à la plupart des lésions de la pulpe cérébrale développées du côté celui de l'hémiplégie, à la simple congestion, mais le plus souvent à ıagie, plus rarement au ramollissement. L'hémiplégie résulte de toutes s très-diverses de compression d'un hémisphère; c'est ce qui explique gie subite ou graduelle dans l'hémorrhagie méningée cérébrale que rve chez les vieillards, mais qui est exceptionnelle dans la même affecles enfants (Barthez et Rilliet). Les tumeurs, les exostoses, doivent rappelées ici comme causes d'hémiplégie. — L'hémiplégie faciale du té que la paralysie des membres se joint ordinairement à cette derıais, comme l'ont démontré les recherches de Gubler, l'hémiplégie paralysie faciale d'un côté coïncidant avec la paralysie des membres pposé) annonce le plus souvent que la lésion occupe le mésocéphale. sions du cervelet peuvent produire aussi l'hémiplégie, tantôt du même la lésion, tantôt du côté opposé. — On a attribué encore certaines ies, non à une lésion de l'encéphale ou de ses membranes, mais à l'on embolique d'un de ses troncs artériels (*Voy.* p. 328). — Il est trèsne lésion latérale de la moelle (à sa partie supérieure) produise une hé-, comme Ollivier (d'Angers) en a cité quelques exemples. Elle siége alors côté que la lésion, et peut résulter d'une simple déviation du rachis ant latéralement la moelle. Ch. Bouchard a démontré qu'à la suite de du cerveau il se produit à la longue des dégénérations secondaires de, d'où résultent les contractures tardives des membres déterminant des vicieuses dans les membres paralysés, surtout dans le supérieur, plus des accès épileptiformes, et de véritables épilepsies chez les sujets atıémiplégie dans l'enfance, de même que chez les vieillards atteints de ement. Les lésions des cordons blancs de la moelle qui correspondent ènomènes symptomatiques sont d'abord la transformation granulo-grais-tubes nerveux (nécrobiose), puis la production tardive du tissu conjoncpère pour ainsi dire la cicatrisation du cordon dégénéré (Ch. Bouchard, *méd.*, 1866, t. VII et VIII). Ces contractures élèvent la température ıétrique du côté paralysé (Charcot).

e qui rend le diagnostic de l'hémiplégie difficile à élucider, c'est son n fréquente indépendamment de toute lésion matérielle connue des ıerveux, et lorsqu'il n'y a pas de symptômes concomitants suffisants ıcher la question. Parmi ces hémiplégies, les plus remarquables et t accentuées sont sans contredit les hémiplégies *hystériques*. De même s dues à une lésion de la moelle épinière, elles apparaissent sans les cérébraux que l'on rencontre le plus souvent (non toujours cependant) des hémiplégies par lésion cérébrale. Simpson a signalé aussi l'hémiplé-

gie comme devant quelquefois résulter de l'albuminurie (?). Parmi les symptômes concomitants qui peuvent faire admettre qu'il y a une lésion des centres nerveux, il en est un très-important, mais malheureusement inconstant : je veux parler de la *déviation synergique des deux yeux et de la tête du côté opposé à la lésion cérébrale*. Signalé par Gubler à propos de l'hémiplégie alterne (*Gaz. hebdom.*, 1859), mais passé inaperçu, il a été rappelé et mis en relief comme signe de bon nombre d'hémiplégies ordinaires par Prévost, interne à la Salpétrière (*Gaz. hebdom.*, 1865). Cette déviation des globes oculaires et de la tête persiste ordinairement quelques jours et disparaît ensuite, en se montrant dès le début de l'attaque. Prévost l'a vue cependant une fois apparaître seulement quelques jours après l'invasion de l'hémiplégie et persister plus que de coutume (*Union méd.*, 1865). Ce symptôme a été confirmé par d'autres observateurs, en Angleterre (Lockhart-Clarke, Reynolds) aussi bien qu'en France.

B. Paraplégie.

La limitation de la paralysie aux membres inférieurs, qui constitue la paraplégie, peut être méconnue si elle est incomplète, lorsqu'on examine le malade couché, et que l'on se contente de lui faire soulever ses membres dans son lit, pour juger de leur myotilité. Il lui est alors possible, en effet, d'opérer ces mouvements étant couché, tandis que l'exercice de la marche peut présenter une difficulté caractéristique. Il est donc essentiel de faire marcher le malade dès que l'on soupçonne un affaiblissement paraplégique des membres inférieurs. Accompagnée fréquemment de fourmillements, la faiblesse des membres pelviens est d'abord marquée dans l'articulation tibio-tarsienne, d'où elle gagne ensuite plus haut; la pointe du pied traîne d'abord et fait broncher le malade sur un terrain inégal, puis le genou fléchit sous le poids du corps et les membres sont soulevés dans la marche par des mouvements caractéristiques de la hanche ou du tronc. La sensibilité est en même temps diminuée; il semble au malade que ses pieds appuient sur un corps mou, comme sur un tapis. La paraplégie peut aussi être absolue immédiatement à son début, ou le devenir graduellement; la station est, dans le premier cas, complétement impossible. A la paralysie musculaire se joignent celle de la sensibilité et le plus souvent la paralysie de la vessie et du rectum. Les membres affectés ont quelquefois de la raideur, et sont le siége de douleurs sourdes ou de picotements, parfois de points dermalgiques (Valleix). Ces derniers ne feront pas croire à une névralgie sciatique avec affaiblissement des mouvements, attendu qu'un seul membre est habituellement atteint dans cette dernière affection, et qu'il y a des accès douloureux caractéristiques.

Les conditions pathologiques de la paraplégie sont importantes à rappeler. Ce sont d'abord la myélite, la congestion, l'hémorrhagie et les autres lésions de la partie inférieure ou moyenne de la moelle, les compressions qu'elle subit, les oblitérations de l'aorte, des artères iliaques primitives ou des fémorales. J'ai rappelé plus haut le fait de paraplégie due à une embolie oblitérant les iliaques qui a été publié par H. Bourdon (*Voy.* p. 722). De son côté, Charcot a signalé, non plus des embolies, mais la thrombose des mêmes artères comme cause de paraplégie dans certains cas de cancer. Ici la coagulation sanguine dans l'artère se ferait sur place comme elle se fait dans les veines dans la même cachexie (*Soc. méd. des hôpit.*, mars 1865). A cette occasion, Charcot a rappelé qu'une paraplégie qu'on peut appeler *douloureuse* résulterait, dans les cas du cancer du sein, de dépôts secondaires cancéreux dans l'épaisseur du corps des vertèbres, surtout à la région lombaire, comme Cazalis l'a fait remarquer. Cette paraplégie douloureuse se caractériserait par des douleurs lombaires vives, avec constriction

ble de la partie la plus inférieure de l'abdomen, réveillées par les moindres
chements, sans anesthésie par conséquent, tandis que les mouvements
manifestement affaiblis au niveau des membres inférieurs, en dehors de la
culté que les douleurs peuvent apporter à la marche; l'atrophie musculaire
.

n trouve d'autres causes assez fréquentes de paraplégie dans les maladies
organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. Mais d'autres con-
ons très-nombreuses en dehors de lésions appréciables ont été également
ervées, et rappelées par Raoul Leroy, d'Etiolles (*Des Paraplégies*, Paris,
6). C'est la chloro-anémie compliquée d'hystérie, l'anémie par pertes san-
ines exagérées, les pertes séminales involontaires, les fièvres graves, l'irri-
ion gastro-intestinale, la pellagre, l'intoxication saturnine ou arsenicale,
tion prolongée du froid et la diathèse rhumatismale, l'asphyxie, certaines
ctions cérébrales (ce qui doit être admis avec beaucoup de réserve). Il faut
uter à ces causes de paraplégies la *glycosurie* (Marchal), la *diphthérie* (Main-
lt), l'empoisonnement par l'*acide oxalique* (Taylor, cité par Tardieu), et
certains poissons, comme le *murœna conger* (Crisholm, cité par Graves).
paraplégie qui suit la diphthérie peut simuler une myélite, lorsqu'il existe
douleur rachidienne plus ou moins intense à la pression. Mais la contrac-
té électro-musculaire est alors intacte, ce qui n'a pas lieu dans la myélite.
bolition de la contractilité électrique des muscles des membres inférieurs
ncide, en effet, avec les lésions de la moelle, sans que cependant elle en
un signe pathognomonique.

es paralysies sans lésion de la moelle, et qui ont une origine si diverse au
t de vue de l'observation clinique, seraient toutes, suivant la remarque de
wn-Séquard, produites de la même manière : *par action réflexe*. Une
tation, ayant son point de départ dans un nerf sensitif, précède la paralysie,
quand l'irritation cesse, la paralysie cesse souvent, et dans un espace de
ps très-court. Il en résulte des paraplégies d'une grande fréquence, et remar-
bles par la rapidité de leur guérison. L'irritation d'un nerf sensitif peut avoir
r effet la contraction des capillaires sanguins dans la moelle, dans les nerfs
mouvement, dans les muscles, et par suite une nutrition insuffisante de ces
ues. Quoi qu'il en soit de cette explication, elle fait comprendre comment
recherches anatomiques les plus minutieuses peuvent ne rien constater
ès la mort dans le système nerveux.

Brown-Séquard considère comme pouvant servir de type les paraplégies pro-
uées par les irritations des organes urinaires, et il établit leur diagnostic
érentiel avec celles qui sont dues à la myélite. Comme caractères opposés à
x des paraplégies par myélite, il signale les suivants : limitation de la para-
e (ordinairement incomplète) aux membres inférieurs, sans augmentation
abolition complète du pouvoir réflexe; paralysie rare ou très-incomplète de
essie et du rectum, spasmes des parties paralysées extrêmement rares; pas de
leurs spinales spontanées ou provoquées, pas de sensation de constriction
loureuse autour du tronc; pas de fourmillements ou d'engourdissiments;
sthésie rare. La paraplégie par myélite se distingue par des signes contraires
çons sur les paral. des memb. infér., etc., 1861).

– Hémiplégie faciale (*paralysie de la face*, ou *de la septième paire de*

... paralysie, occupant une des moitiés de la face, mérite une description
ticulière, car elle ne se montre pas seulement comme un phénomène
comitant de l'hémiplégie des membres dans les affections cérébrales, mais

De ce même côté, le *front* ne présente plus de rides transversal
est fléchi, l'*œil* reste ouvert et laisse écouler les larmes, la joue
narine correspondante est affaissée et plus étroite ; l aile du ne
labial et la commissure buccale sont sensiblement abaissés, d'où
la bouche, dont la partie moyenne est entraînée vers le côté sa
ment l'œil est saillant et présente une sécheresse de la conjoncti
cité de la cornée qui résultent de l'occlusion incomplète des pau
la rotation de l'œil opérée par les muscles obliques n'y remédie
surtout par les mouvements des muscles non paralysés de la fa
traste entre les deux côtés du visage est frappant. Du côté paral
ouvert pendant le clignotement de l'œil sain, la narine est plus
traire et peut gêner l inspiration; la flaccidité de la joue et de la
pondante des lèvres, qui restent entr'ouvertes de ce côté, laissa
salive et les *aliments*, rendent imparfaites ou impossibles la *pro*
la lettre *o* et des labiales *b* et *p*, l'action de *siffler*, de *souffler*
deux joues, ou de lancer la salive au dehors dans l'acte de la s
la joue paralysée se laisse distendre d'une manière passive da
ou lorsque le sujet veut parler avec emphase. C'est surtout qu
veut *parler ou rire* que s'observe le défaut de symétrie entre le
la face. On a constaté en outre, dans certains cas, la *déviation*
du côté sain, et *celle de la luette;* mais il ne faut pas oublier
peut être déviée dans l'état sain, comme l'a démontré Debrou. I
est quelquefois plus *obtuse* du côté affecté, suivant P. Bérard ; el
toujours *exaltée* au contraire, suivant Landouzy ; le sens du *goût*
de la langue peuvent aussi être pervertis dans les deux tiers a
langue du côté correspondant à la paralysie, par suite de la lés
du tympan (Bérard, Duchenne).

2° *Inductions diagnostiques*. — Parmi ces signes nombreux,
ordinaire d'ailleurs de rencontrer tous réunis, les plus fréque

ntiment, et qui, dans une certaine mesure, coïncide quelquefois avec l'hégie faciale qui m'occupe.

La question principale du diagnostic est ensuite d'établir si la paralysie faciale symptomatique ou *idiopathique*.

On n'oubliera par que l'hémiplégie faciale due à une *lésion cérébrale*, et le souvent liée à d'autres paralysies et à des troubles cérébraux, survient quefois comme seul phénomène paralytique d'une hémorrhagie cérébrale, d'un ramollissement. Durand-Fardel (*Traité des mal. des vieillards*, 1854) signalé comme donnant la certitude presque entière de l'imminence ou plutôt début du ramollissement, l'importance des plus légers signes de paralysie faciale chez le vieillard (paupière et sourcil d'un côté situés plus bas du côté opposé, où la bouche est entraînée quand le malade parle ou rit).

L'hémiplégie faciale est parfois symptomatique d'une lésion du nerf facial, d'une *inflammation* développée autour de l'oreille externe, d'une *otite* interne, d'une *parotidite*, d'une *stomatite mercurielle*, d'une *tumeur* développée sur le trajet du nerf, d'une *carie du rocher*, ou d'un *tubercule* dans l'oreille (lorsque la paralysie est précédée d'otorrhée), lésions qui agissent en produisant le ramollissement, la destruction partielle, l'induration ou la compression du nerf facial.

On a rattaché encore l'hémiplégie faciale au rhumatisme ou à la syphilis, en voyant cette hémiplégie survenir chez des sujets atteints depuis longtemps de douleurs rhumatismales ou de symptômes syphilitiques; mais dans les faits de ce genre, l'étiologie est loin d'être aussi bien démontrée que dans les précédents.

Dans beaucoup de ces conditions, lorsque la marche de l'hémiplégie faciale est chronique, ses progrès graduels sont un excellent signe de sa nature symptomatique à joindre à ceux de l'affection qui en est l'origine.

Est-il possible de déterminer, d'après les signes fournis directement par la paralysie faciale elle-même, le point où une lésion locale agit pour produire la paralysie? Suivant Cl. Bernard (*Leçons sur le système nerveux*, 1858), l'altération du goût, lorsqu'on la constate, démontre que le nerf facial est lésé à son origine, au-dessus de l'émergence de la corde du tympan dans le canal de Fallope, tandis que, lorsque ce symptôme manque, la paralysie du nerf n'est pas entière, et la lésion qui la produit est située plus bas. Ces données ont leur importance, car elles facilitent le diagnostic anatomique dans certaines circonstances.

Quant à l'hémiplégie faciale non symptomatique, sa cause est quelquefois traumatique; telles sont : l'application du forceps sur le nouveau-né (Vernois, Dubois, Landouzy), et, chez l'adulte, la contusion du nerf par un coup sur la face (Brodie), ou sa division dans une opération. L'action du froid, qui agit pour au lendemain, est une cause importante, plus positive et plus facile à constater que les suivantes, indiquées par les auteurs : une vive émotion morale (frayeur, colère), la suppression des règles, la rétrocession d'une affection cutanée, la suppression d'un coryza périodique. Il est clair que la connaissance de ces dernières causes ne saurait être d'une aussi grande utilité pour le diagnostic que celle des causes traumatiques ou de l'action du froid.

Comme *complication* de l'hémiplégie faciale idiopathique, on a observé, sous l'influence de la même cause (impression d'un air froid), une *névralgie de la cinquième paire*. Ch. Bell a constaté aussi l'*atrophie des muscles* paralysés dans une hémiplégie faciale ancienne.

Pronostic. — L'hémiplégie faciale est très-peu grave lorsqu'elle est idio-

pathique; elle se dissipe ordinairement en peu de temps, dans deux septénaires. Cependant celle que présentent les nouveau-nés, qui pe que de quelques heures, s'est prolongée parfois pendant deux mois (L Lorsque la paralysie est symptomatique, son pronostic est subordon de la maladie principale, suivant que celle-ci est ou non au-dessus sources de l'art.

D. Muscles de l'épaule.

Lorsque les muscles de l'épaule, ou plutôt les muscles qui s'insèr scapulum et la partie externe de la clavicule, sont atteints de paral plète ou incomplète, le diagnostic, dont on trouve des données si pré le remarquable ouvrage de Duchenne, de Boulogne (*De l'Électrisat lisée*, 2e édit., 1861), est loin d'être sans difficultés dans un assez gran de cas. Cela se conçoit lorsque l'on songe que rarement un seul de ce est atteint, que la production de mouvements, simples en apparenc de la synergie de plusieurs muscles, comme l'a si bien démontré Du enfin que, pour quelques muscles, la paralysie, inaperçue dans le montre seulement pendant certains mouvements.

Ces paralysies se révèlent à l'observateur : 1° par des *déformatio* apparentes à première vue ou seulement par certains mouvements (*V* les); 2° par des *déplacements du scapulum;* 3° par la *faiblesse* ou sibilité *des contractions musculaires* dans les mouvements spo provoqués par l'électrisation. Ces paralysies sont assez fréquemme l'*atrophie musculaire;* mais il n'est pas rare qu'elles aient leur or une *lésion des centres nerveux encéphaliques*, dans une *intoxi* dans une simple influence dite *rhumatismale*. Parmi les signes de lysies, les déformations de l'épaule et les déplacements du scapulum le premier rang (*Voy.* Épaules, p. 368).

a. — Lorsqu'une épaule est manifestement plus basse que l'oppos cette disposition n'est due ni à une pleurésie antérieure, ni à une de du squelette, cet abaissement de l'épaule indique une *paralysie d* dans les conditions suivantes, qui varient suivant les parties du muscl atteintes :

Si le malade ne peut élever le moignon de l'épaule abaissée, co fait du côté opposé, la paralysie occupe la portion claviculaire seul aussi la portion moyenne du trapèze.

Si l'épaule est abaissée et pendante comme prête à se détacher s'il existe au niveau des attaches du trapèze des *tiraillements doulou* obligent le malade à se coucher pour s'y soustraire, et si enfin l'*an rieur du scapulum*, malgré l'abaissement du moignon, est situé plu plus près de l'épine vertébrale que l'angle inférieur du côté oppo du rhomboïde), on a affaire à une paralysie des deux tiers inférieur *pèze*.

Si l'épaule est portée plus ou moins fortement en avant sans ét sée, et qu'il en résulte que la poitrine semble se creuser sous la cla *même côté*, tandis qu'en arrière le côté correspondant du dos s'arron versalement; si en même temps, dans le mouvement fait par le mal rapprocher les deux scapulums, celui du côté malade s'élève en tou dedans sur son angle claviculaire, on peut être certain que le tiers inf trapèze est paralysé, à l'exclusion des portions plus élevées du muscle. paralysie a des signes qui ont une grande analogie avec la *contra rhomboïde* (*Voy.* Contractures partielles), mais ce dernier mus

contracturé, forme un relief saillant et dur caractéristique, entre l'épine le et le bord interne du scapulum, relief qui manque dans la paralysie rtion inférieure du trapèze.

Lorsque le bras ne peut être porté dans l'abduction, il y a paralysie ïde.

Si le bras peut être porté en avant, et si, pendant ce mouvement, ! vertébral du scapulum fait sous la peau une saillie insolite et énorme en forme d'aile, saillie qui disparaît dans le repos musculaire, ne paralysie du *muscle dentelé* correspondant. Ce signe suffit au dia-, mais on peut le rendre plus certain en appliquant la main sur chaque du malade et en repoussant les deux épaules en sens opposé; on sent le le scapulum du côté lésé résiste beaucoup moins que l'autre, et l'on ême imprimer alors au scapulum un mouvement de recul qui fait saillir mplétement son bord spinal sous la peau.

ıralysie du dentelé peut être méconnue si en même temps il y a para-ı deltoïde, parce que l'élévation du bras, qui révèle la paralysie du den-t impossible; cependant *si la paralysie du dentelé est complète,* l'é-tion du muscle, faite en appliquant les excitateurs en avant du bord ır du grand dorsal, sur les digitations du grand dentelé, démontre sa ie en ne provoquant pas les mouvements du scapulum. On a peine à que cette déformation ait pu être prise pour une déviation de la colonne ale.

— *Si l'épaule est complétement inerte* pendant les efforts du malade a porter *en avant,* il peut y avoir *paralysie simultanée du deltoïde,* du *pectoral* et du *grand dentelé.*

— Il faut chercher dans l'épaule la cause de la paralysie de certains mou-nts qui paraissent se passer dans l'avant-bras ou la main, et qui ont leur de départ dans la paralysie des muscles *rotateurs de l'humérus,* ainsi chenne l'a démontré. C'est surtout les rotateurs en dehors (*sous-épi-*et *petit rond*) qui sont affectés.

igne particulier qui annonce cette singulière affection locale est l'*impos-té d'écrire les mots en ligne,* la main, malgré la liberté de ses mouve-, cessant d'être portée en dehors par l'avant-bras ou plutôt par la rotation s en dehors. Il est facile de distinguer, suivant Duchenne, si les rotateurs mérus en dehors ont seuls perdu leur action ou si tous les rotateurs (en et en dedans) sont lésés à la fois, bien que, dans l'un et l'autre cas, les s apportés dans l'usage du membre soient à peu près les mêmes. Qu'on n effet, dans la rotation en dehors le bras affecté, l'avant-bras étant dans flexion, le malade pourra évidemment le tourner en dedans, si les mus-i exécutent ce mouvement (*sous-scapulaire, grand rond, sus-épineux*) ins. Pour s'assurer si les rotateurs en dehors ont ou non conservé leur , on pourra au contraire faire porter le bras en dehors.

MBRE SUPÉRIEUR.

embre supérieur est assez souvent atteint isolément de paralysie, soit n ensemble, soit au niveau d'un ou de plusieurs muscles.

ras tout entier est quelquefois frappé de paralysie par suite d'une hémor-cérébrale, d'un ramollissement du cerveau, ou consécutivement à une la moelle cervicale ou du plexus cervical. Longtemps après l'invasion orrhagie cérébrale avec hémiplégie, le membre inférieur peut avoir ses mouvements et le bras reste paralysé. Les commémoratifs seront, e dernier cas, très-utiles au diagnostic; mais si le malade les dissimule,

l'origine de la paralysie pourra être incertaine. D'un autre côté, on voit quefois la paralysie saturnine n'affecter qu'un seul bras. Suivant Duch l'électrisation permet, comme je l'ai dit précédemment (p. 325), de dist entre elles ces différentes paralysies. On a vu la paralysie du deltoï produite isolément par une chute sur l'épaule (*Amer. med. Times*, 186

Parmi les paralysies plus limitées du membre supérieur, les plus fréq sont celles des muscles extenseurs. Diverses paralysies des mains, la paral certains muscles et en particulier de ceux placés sous la dépendance radial méritent aussi une mention particulière.

La paralysie des extenseurs, qui se reconnaît à ce que les mala peuvent étendre horizontalement les mains, les avant-bras étant portés en est due presque toujours à l'intoxication saturnine (*Voy.* p. 573). On di ces faits de la paralysie des extenseurs produite par le froid, en ce que trisation démontre que la contractilité et la sensibilité musculaires sont dans la paralysie saturnine, sauf au niveau du long supinateur, tandis sont conservées, et que la sensibilité musculaire est même augmentée, paralysie due à l'influence du froid, qui paralyse le long supinateur com autres muscles. Un autre caractère distinctif de la paralysie des extens cause saturnine a été signalé en 1868 par Gubler (*Soc. méd. des* et par Nicaise (*Gaz. méd. de Paris*). Ce sont des nodosités développ le trajet des tendons, notamment au niveau de l'indicateur, du médiu l'annulaire. Ce signe n'est cependant pas spécial à la paralysie par into saturnine, puisque Gubler l'a rencontré dans un cas d'hémiplégie de cérébrale.

Au niveau de la main, il ne faut pas oublier que les paralysies des qui font mouvoir les doigts ont souvent leur véritable siége dans l'avant- même dans l'épaule, où ce siége est parfois révélé par l'atrophie des musculaires. Mais les muscles de la main elle-même peuvent être iso atteints d'atrophie, comme les interosseux, les lombricaux (qui servent à les deux dernières phalanges des doigts et à fléchir les premières), muscles des éminences thénar et hypothénar, dont Duchenne a si bien fa naître les fonctions.

Voici comment on constate ces diverses localisations paralytiques.

a. — Si, les premières phalanges de la main du malade étant main étendues par l'observateur, l'extension volontaire des deux dernières pha des doigts est possible, la paralysie siége dans les *muscles extens fléchisseurs* (à l'avant-bras).

b. — Si au contraire l'extension volontaire des deux dernières phalan impossible dans la même condition, et qu'on ne sente aucun effort qui fléchir les premières phalanges, la paralysie porte sur les *muscles lo caux et interosseux.*

L'*impossibilité de rapprocher les doigts écartés pendant leur ext* annonce le premier degré d'affaiblissement de ces muscles interosseux, que l'*impossibilité de les étendre* en indique un degré plus avancé, et *main en griffe*, c'est-à-dire la déformation caractérisée par la flexion des deux dernières phalanges des doigts et l'extension également forcé premières phalanges sur le métacarpe, est le signe de l'atrophie ou de la lysie la plus complète des interosseux (*Voy.* p. 612).

c. — *La difficulté ou l'impossibilité qu'éprouve le pouce d'étendr première phalange, et de se porter en dedans* pour s'opposer aux doigts de la main, dénote la paralysie des *muscles de l'éminence thé*

ılysie par atrophie, l'*éminence thénar a disparu* si cette atrophie ; et le pouce se trouve porté en dehors et en arrière, *de niveau ıtres doigts*, si la main est étendue. L'électrisation localisée au :es muscles rétablit momentanément leurs mouvements physiolo- paralysie ou l'atrophie sont incomplètes.

ysie d'un groupe de muscles ou d'un seul muscle du membre supé- ème que celle des muscles placés sous la dépendance du radial qui ée par Duchenne, peut résulter de l'action plus ou moins prolongée a compression des muscles ou des troncs nerveux produit quel- si un effet analogue sur le membre supérieur. Abercrombie (*Malad. hale*) a cité un cas de ce genre relatif à un individu qui s'était temps sur des béquilles pendant un spectacle public, et chez lequel fut rebelle, quoique dans les faits de cette espèce elle soit ordinai- poraire. Des faits analogues de compression du nerf radial ont été :hez les porteurs d'eau de Rennes, qui portent leurs deux cruches :ontre chaque côté de leur poitrine (Bachon, *Mém. de méd. et* ., 1864); chez un homme ayant dormi le bras appuyé sur le sommet e (Icard). Ollier a vu le même effet produit par le cal d'une frac- *de méd. de Lyon*); Hérard, comme Abercrombie, par la pression ille (*Gaz. des hôpit.*, 1865).

lamment des lésions traumatiques ou spontanées du cerveau, de la rieure de la moelle ou des nerfs du plexus cervical, et de l'atrophie idiopathique, de l'intoxication saturnine, de l'influence du froid et ression prolongée du membre supérieur, les paralysies qui m'oc- ıvent encore reconnaître pour cause l'hystérie.

RE INFÉRIEUR.

ysie isolée d'un des membres inférieurs est due quelquefois à une troncs nerveux ou artériel qui s'y distribuent, d'autres fois à la com- rolongée, à l'action du froid. Cette paralysie d'un seul membre t immédiatement éloigner l'idée d'une lésion de la moelle épinière, ait plutôt une paraplégie. Rarement la paralysie est partielle, sauf as d'atrophie des muscles. J'ai vu la paralysie des fléchisseurs du ler à une névralgie sciatique grave.

LYSIES DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE ET DES MUSCLES DE L'ŒIL.

aupière. — Il ne faut pas perdre de vue que le muscle orbiculaire :res produit le clignotement et l'occlusion de l'œil, tandis que le le la paupière supérieure le maintient ouvert. Il est dès lors facile uer que la paralysie de la paupière se présente sous deux formes : l'œil reste à demi fermé et sans clignotement possible du côté ıne hémiplégie faciale, le muscle orbiculaire étant animé par la aire, tandis que la paupière supérieure reste abaissée (*blépharop-* ue la paralysie atteint le nerf de la troisième paire (moteur oculaire qui anime le releveur de cette paupière. La paralysie de la paupière est donc un symptôme qui se rattache à ces deux paralysies, quoi- ouisse la rencontrer isolée, ainsi que l'a observé Saint-Martin (de

uscles de l'œil. — Ces muscles sont mus, comme on le sait, par le r oculaire commun (troisième paire), le nerf pathétique (quatrième e nerf moteur oculaire externe (sixième paire). La paralysie de ces a été principalement étudiée par Longet et Jobert, a des symptômes ju'il faut prendre pour point de départ du diagnostic.

stitutionnelles. Les premières dépendraient tantôt de l'existen
intra-crânienne comprimant le nerf de la troisième paire à son
son trajet, tantôt d'un *foyer sanguin* développé dans la subst
dans un point du cerveau voisin de son origine, c'est-à-dire le
Stiebel), tantôt enfin d'une simple *congestion cérébrale.* Parmi
stitutionnelles seraient comprises l'influence syphilitique et l'infl
male, cette dernière moins bien démontrée (*Union méd.*, 1
gnostic était douteux, dans le cas d'influence syphilitique, qu'il
supposer, suivant Baudot (*ibid.*, 1859), un traitement spécifiqu
ou moins rapidement un amendement qui révèlerait la natur
comme cela a été constaté chez un malade de Hérard.

b. — Lorsque l'œil, au lieu d'être dévié en dehors comme d
dent, *est dévié en dedans d'une manière accidentelle* (ce qu
faits dont il est ici question de ceux de strabisme permanent),
une paralysie de la *quatrième paire* ou *pathétique.* Mais il fa
bisme accidentel se joignent : 1° une *diplopie qui disparaît l
incliner la tête du côté opposé à l'œil affecté;* 2° l'*impossibi
tion de l'œil* malade dans l'orbite lorsque, le regard étant fixé
fait porter au malade la tête alternativement à droite et à gauch
malade suive les rotations de son congénère. Longet, qui a sig
fait remarquer que la diplopie est alors caractérisée par deux
superposées et inclinées l'une par rapport à l'autre, l'image
rieure étant fournie par l'œil malade (comme on peut s'en as
fermer alternativement les deux yeux); mais la superposition et
images ne paraissent pas être des signes pathognomoniques, co
pelé au mot Diplopie.

c. — On ne saurait considérer la déviation accidentelle de
comme propre à la paralysie de la quatrième paire, sans s'expos
de diagnostic, car cette même déviation, tellement prononcée d

;nes que le *prolapsus de la paupière supérieure*, la *dilatation* et
ité de la pupille et une légère *exophthalmie*.

: la paralysie de la sixième paire est symptomatique, ce qui est le plus elle coïncide ordinairement en outre avec une *hémiplégie*, et dépend, le, d'une *lésion grave des centres nerveux*, telle qu'une hémorrhamollissement, une tumeur tuberculeuse, cancéreuse, etc., ou enfin *on des os*. Beyran a publié trois exemples de cette paralysie, qu'il a comme étant, dans les trois cas, un accident tertiaire de syphilis *éd.*, 1860, t. V). Suivant Bouchut, l'ophthalmoscope servirait à diss paralysies des muscles moteurs de l'œil qui sont idiopathiques, musculaire, rhumatismale ou syphilitique, sans lésion du système de celles qui se rattachent à une altération du nerf optique ou de e et de ses enveloppes. Ces dernières paralysies avec lésions produinfiltration granuleuse de la papille, des hémorrhagies de la rétine et s graisseuses, signes qui feraient défaut dans les premières paralysies *éd.*, 1864).

UE.

ysie de la langue se manifeste de différentes manières. On sait d'a*le est déviée* dans l'hémiplégie du côté paralysé, ce que Lallemand a ar la propulsion de la langue due au muscle génio-glosse du côté la paralysie générale, *elle ne peut être tirée hors de la bouche*. *fficulté* ou l'*impossibilité de la parole* peut également annoncer la le la langue, sans que malheureusement on puisse trouver dans la la forme du trouble de la parole des caractères spéciaux.

ailleurs dans cette constatation de la paralysie linguale plus d'une reur dont il faut tenir compte. Valleix a fait remarquer que la déviae est quelquefois produite, sans qu'il y ait paralysie, par l'absence des côté de la bouche ou par la direction involontaire que lui imprime le côté où se trouve le médecin. J'ajouterai que, relativement à l'imposirer la langue hors de la bouche, cette impossibilité pourrait bien tenir, paralysie des mouvements (comme cela arrive quand les malades n'ont e accidentelle de la parole), mais bien à la paralysie du sentiment nusculaire, la vue ne pouvant diriger les mouvements de la langue. e gêne de la parole n'est pas une conséquence forcée de la paralysie ine. L'extension à la langue des contractions fibrillaires qui précèhie musculaire (Aran), des convulsions idiopathiques de la face, des s idiopathiques des extrémités (Corvisart), et la gêne des mouvements e produite soit par la cicatrisation qui suit la guérison de la gangrène ie, soit par le gonflement de la langue, comme celui, par exemple, vu se produire dans certains cas d'urticaire à la Martinique, sont auses d'erreur dont il faut tenir compte avant d'affirmer l'existence sie de la langue.

alysie est fréquemment un signe de lésions cérébrales; mais on con: peut résulter des lésions du nerf hypoglosse, de même que les la sensibilité de la langue peuvent être produits par les lésions du la cinquième paire). La paralysie de la langue est quelquefois due utres causes de paralysies, en dehors des lésions des centres nerveux fs, et que j'ai rappelées précédemment. Une des plus remarquables ui est liée à la paralysie du voile du palais et de l'orbiculaire des n sera question plus loin.

bles paralytiques de la parole donnent souvent lieu à des erreurs de

tion des aliments solides dans le larynx, à l'*immobilité* d'*oscillations du voile du palais* et de la luette, et enfin à l lorsqu'on les pique.

Le nasonnement fait soupçonner cette paralysie, que const simple inspection de la gorge, et que peut faire disparaître sul dement, dans la plupart des cas, une électrisation directe, fa conducteurs séparés l'un de l'autre dans un même manchon confondre la paralysie du voile du palais avec la division con ou du voile. La raucité de la voix due à cette paralysie a é affection syphilitique dans un fait observé par Hardy, qui (Maingault, *De la Paralysie diphthérique*, 1860, p. 103).

La paralysie du voile du palais est produite par des cause lesquelles les angines, et surtout la diphthérie pharyngienn fréquentes. A la suite de cette dernière affection, elle est pr première localisation de la paralysie généralisée qui lui succ Limitée au voile du palais, elle a été attribuée aux cautérisatio angines (de Lucé, *Bulletin de thérapeut.*, 1864). Dans l'espèc suit, celle au voile du palais peut être méconnue lorsque, ai chenne, le voile, atteint dans sa myotilité mais non dans sa se tracte sous l'influence des piqûres (mouvements réflexes).

J. Paralysie de la langue, du voile du palais et des lèv

Cette paralysie constitue quelquefois une espèce morbide chenne a fait connaître (*De l'Électrisation localisée*, 2e éditio suiv.). Elle se montre d'emblée chez les adultes de quaran Elle est apyrétique, sans aucun trouble du côté des centres n souvent progressive. Hérard a cependant observé un malade âg ans, chez lequel le début a été subit (*Soc. méd. des hôpit.*, 1 ordinairement par une difficulté dans l'*articulation des mots*,

iissures agrandit transversalement la bouche, et les lignes naso-labiales se ent et s'arrondissent en donnant à la physionomie un *air pleureur* parti- que Duchenne a trouvé chez tous ses malades. A ces symptômes se joi-, vers la fin, des accès d'*étouffement* ou de *suffocation* revenant par accès r ou la nuit, spontanés ou provoqués par les mouvements, et se compli- de *syncopes* qui vont en s'aggravant et qui peuvent faire périr le malade. arche chronique de la maladie est, en effet, fatalement progressive, et la n a été la conséquence dans les treize faits recueillis par Duchenne, après trois années de durée. Costilhes a vu la mort survenir cinq à six mois le début (*Gaz. hebdomad.*, 1860).

e singulière affection a été confondue avec plusieurs autres maladies. La le la déglutition a fait croire à une *pharyngite;* l'accumulation de la salive a bouche, à une *stomatite* simple, bien que la muqueuse soit toujours te de rougeur; le nasonnement de la voix et le passage des liquides dans ses nasales, à une *paralysie simple du voile du palais* qui s'en distin- pendant par l'intégrité des mouvements de la langue et des lèvres. *phie musculaire* de la langue et des lèvres pourrait aussi être confondue paralysie qui m'occupe, si, dans les cas d'atrophie, ces organes n'étaient ophiés seulement lorsque la maladie est déjà ancienne et très-étendue, conséquent facilement reconnaissable; de plus, la langue a perdu alors volume, tandis qu'elle est seulement abaissée sur le plancher de la bou- comme plissée longitudinalement dans les cas de paralysie. Il faut que che cependant que les deux maladies peuvent se rencontrer réunies chez ne sujet, comme dans l'observation publiée par Dumesnil (de Rouen) dans *ette médicale* (1860).

faits relatifs à cette espèce de paralysie ont été observés en outre par hes et par Trousseau. Une autopsie, faite avec le plus grand soin (Du- e, *Gaz. hebdomad.*, 1861), est venue démontrer que cette affection pou- re indépendante de toute lésion anatomique non microscopique des cen- erveux, des nerfs, ou des muscles paralysés.

te paralysie atteint quelquefois le muscle élévateur de la lèvre inférieure le de la houppe du menton), le carré des lèvres et le triangulaire des . Enfin, dans un cas observé par Trousseau et Duchenne, et dans celui mesnil, un des membres supérieurs était notablement affaibli en même . Hérard a vu le moteur oculaire commun être affecté de paralysie. le docteur Bonnefoy a constaté une complication bien autrement grave, l'il y avait en même temps *hémiplégie* et *atrophie musculaire progres-* hez un malade qui succomba à des phénomènes asphyxiques (*Thèse* de at, 1866).

LARYNX.

doit, suivant Duchenne, rapprocher de la paralysie du voile du palais utive à la pharyngite, celle du larynx, caractérisée par une *aphonie plus oins persistante*, survenant à la suite de symptômes inflammatoires és dans le voisinage du larynx, *et que dissipe l'électrisation* de ce r organe. Deux observations rapportées par cet ingénieux observateur nt de fixer l'attention des praticiens. La même paralysie peut résulter es causes : de l'*intoxication saturnine*, de l'*empoisonnement* par l'acide e, de l'*hystérie;* ou bien elle est consécutive à la diphthérie laryngienne) ou à d'autres maladies aiguës. L'électrisation du larynx est un excellent de diagnostic lorsqu'il fait cesser l'aphonie, quelquefois instantanément enne).



diminuent. On sait que c'est l'opposé qui se remarque dans l'e
l'action du diaphragme est seulement diminuée, les phénom
je viens d'exposer ne se manifestent que dans les grands mou
toires; et enfin si la paralysie n'a lieu que dans une moitié du
troubles de la respiration n'ont lieu que du côté correspondan

D'autres troubles fonctionnels résultent du défaut d'action
les mouvements respiratoires, selon Duchenne, sont alors ha
fréquents qu'à l'état normal. On ne soupçonne pas le mal
lésion aussi grave en le regardant respirer pendant le sommei
l'état de veille, le malade vienne à faire quelque effort, soit p
pour parler; qu'il éprouve la plus légère impression, à l'ins
s'accélère (48 ou 50 inspirations par minute), les muscles ap
extraordinaires par Galien (trapèzes, sterno-mastoïdiens, dente
raux, grands dorsaux) entrent en contraction; la face rougit,
il est forcé, s'il marche, de s'asseoir après quelques pas, ou s
reprendre haleine pour continuer sa phrase qu'il ne peut term
à chaque instant. Le sujet dont le diaphragme ne se contr
inspirer longuement sans être comme suffoqué par l'ascensio
dominaux dans sa poitrine. La voix est plus faible; rarement l
plète, si même elle n'est pas due à d'autres causes. La toux,
voquent aussi une grande gêne dans la respiration. L'expector
sont difficiles, quelquefois même impossibles; enfin la défécati
efforts et se fait avec peine.

On peut ajouter que, lorsqu'il y a défaut d'abaissement du
seul côté, on le reconnaît plus facilement en appliquant les d
deux hypochondres (Duchenne).

Comme le fait remarquer Duchenne, il n'y a que le défau
phragme qui puisse rendre raison de la perversion de l'isoch
vements de dilatation ou de resserrement du thorax et de l'
la respiration, surtout quand on fait respirer largement le ma

rue, dans tous ceux où il y avait une lésion ou une vive douleur dans les roisines du diaphragme, l'inertie de ce muscle devait être attribuée au nstinctif d'éviter, à chaque mouvement respiratoire, la douleur causée mouvements du diaphragme. Ce qui le prouvait, c'est que, dès que la était atténuée, les phénomènes de l'inertie diaphragmatique disparais- une autre preuve, c'est que, dans les faits rappelés par Duchenne, d'i- ar inflammation des séreuses voisines du diaphragme, l'électrisation des hréniques rétablissait immédiatement les mouvements normaux de la tion.

oit donc distinguer la simple inertie du diaphragme de sa paralysie Cette paralysie sera manifeste lorsque, en l'absence de lésions doulou- voisines pouvant expliquer l'inertie du muscle, il existera une des condi- athologiques suivantes : 1° une *atrophie musculaire progressive plus ins généralisée* et qui aura par conséquent envahi déjà un grand nombre scles; 2° une *intoxication saturnine avec paralysie généralisée;* n, s'il s'agit d'une femme encore jeune, l'*hystérie*.

levra toujours explorer avec soin les voies respiratoires, dans la crainte complication si redoutable dans ses effets que Duchenne a signalée : la nite.

gravité du pronostic, en effet, dépend en pareil cas de l'impossibilité xpectoration. Or, si l'on ignorait ce détail, on pourrait considérer cette lication comme si minime qu'on serait porté à ne pas la rechercher.

i Œsophage.

paralysie de l'œsophage a été distinguée en *passagère* et *durable* par ière, à qui l'on doit le travail le plus complet qui ait été publié sur ce (*Arch. de méd.*, 1830, t. XXIV). Elle est également ou *incomplète* ou *plète*, et parfois subite.

a paralysie incomplète se caractérise par la *difficulté d'avaler les corps ides ou solides d'un petit volume*, tandis qu'ils parviennent dans l'esto- s'ils sont jetés d'un seul coup et promptement *en certaine quantité* dans arynx. Quelques malades n'avalent qu'à la condition de *boire après cha- bouchée*. — La *déglutition* est tout à fait *impossible* lorsque la paralysie omplète; le bol alimentaire, malgré les efforts de déglutition du malade, ête à la partie supérieure de l'œsophage ou dans le pharynx, d'où il peut er dans les voies aériennes, ce qui détermine de la *toux*, de la *suffocation* ême l'*asphyxie;* d'autres fois, l'expiration chasse les aliments par la bou- et par le nez. Les efforts impuissants du malade pour avaler s'accompagnent ent d'agitation, et même de convulsions.

a pris quelquefois la paralysie de l'œsophage pour un *rétrécissement* de nduit, et l'on a employé le cathétérisme œsophagien, qui démontrait alors ement l'absence de tout obstacle. La sonde est donc un excellent moyen nostique. Je pourrais rappeler à ce propos des faits dans lesquels on facili- la déglutition et l'alimentation des malades en poussant les aliments dans omac à l'aide d'une tige appropriée, ou en laissant en place une sonde, me le fit Desault.

a paralysie de l'œsophage dépend de causes très-variées, qui agissent princi- ment sur les *nerfs pneumo-gastriques*, soit dans l'intérieur du crâne ctions cérébrales), soit en dehors de cette cavité. Elle n'est pas rare chez *aliénés paralytiques*, et s'ils tombent en syncope en mangeant, il faut, me l'a recommandé Esquirol avec raison, penser à l'accumulation des ali- ts dans le pharynx par le fait de la paralysie œsophagienne, et les extraire.

La paralysie œsophagienne n'est pas toujours mortelle, mê
plus ou moins longtemps prolongée. Son pronostic est subo
qui l'a produite.

N. Muscles abdominaux, intestins, rectum.

La paralysie incomplète des muscles abdominaux, plus enc
diaphragme, a pour effets principaux la *dysurie* et la *constip*
ralysie des intestins ne peut être que soupçonnée à la lenteur
circulation des matières solides, liquides ou gazeuses. Elle p
ai-je dit précédemment, les accidents graves observés chez
suite d'un météorisme excessif. — Quant à la paralysie du rec
franchement caractérisée par la rétention et l'accumulation des
dans cet intestin. Ce ne sont pas seulement les lésions graves
veux qui produisent cette paralysie rectale, comme l'ont ava
teurs; on les observe assez fréquemment aussi dans les paral
de ce genre.

O. Sphincter de l'anus.

Les signes de cette lésion sont : l'*incontinence des matièr*
gaz contenus dans le gros intestin, parfois la *chute du rect*
avec laquelle le doigt pénètre, *sans que le sphincter se con*
avec son énergie habituelle. Cette paralysie, observée dans u
de circonstances pathologiques, parmi lesquelles les lésions de
occupent la plus large place, peut être la conséquence d'u
nique ou d'une dysenterie ; mais alors elle est ordinaireme
cède rapidement à l'emploi de l'électrisation, qui est d'aille
douloureuse, et doit par conséquent être employée avec un faib

P. Vessie.

Lorsque la paralysie de la vessie ne dépend pas d'un obst
sortie de l'urine, il n'y a d'abord qu'une *simple paresse* de l'o
d'uriner est moins fréquent et l'*émission tardive; le jet de*

ssie, distension due à l'accumulation de l'urine toujours incomplétement usée, et qui est caractérisée principalement par une *tumeur hypogastrique* culière (*Voy.* RÉTENTION de l'urine dans la vessie). L'écoulement spontané urine goutte à goutte qui peut survenir alors (miction *par regorgement*), le démontrer la fin de la paralysie, indique au contraire sa persistance, ne le prouve la *tumeur hypogastrique*.

ntroduction d'une sonde dans la vessie, où elle pénètre sans difficulté, est pensable pour rechercher s'il y a paralysie réelle ou seulement apparente. qu'elle est réelle, les premières colonnes de l'urine sont seules expulsen jet, et dès que l'élasticité de la vessie a produit son effet, le liquide sort vant et l'écoulement s'arrête dès qu'on cesse de faire faire des efforts d'exon au malade, ou de comprimer l'hypogastre. Lorsqu'il y a paralysie *apnte* due à un obstacle au col de la vessie, qui empêche l'expulsion de l'ula pénétration du cathéter, le malade étant couché sur le dos, permet à sie de se contracter avec force et d'expulser rapidement l'urine jusqu'à la ère goutte : il est évident qu'il n'y a pas alors de paralysie (Civiale). Il en e même lorsqu'il y a simple rétention d'urine, résultant du défaut de conse du besoin d'uriner (anesthésie vésicale) : l'urine est expulsée franchepar la sonde jusqu'à la fin.

constatant s'il y a réellement paralysie de la vessie par l'introduction de nde, on peut s'assurer s'il existe ou non un obstable au niveau du col de essie ou de la prostate, obstacle qui serait toujours, suivant Leroy (d'És) et Mercier, la cause de la paralysie vésicale. Le toucher rectal vient ois en aide au diagnostic en faisant sentir le développement anomal de la tate.

ependant on a admis des paralysies vésicales primitives, comme celles qui ient produites dans l'âge mûr et surtout chez le vieillard, par l'habitude fue de résister trop longtemps au besoin d'uriner, et comme celles, plus hypoiques, dues à la débauche, aux excès vénériens, à la masturbation. Quoi qu'il oit, il est incontestable que la paralysie de la vessie est la conséquence de ns *cérébrales* produisant des paralysies étendues, mais principalement de ns *de la moelle*, dont elle est considérée comme un excellent signe. Néans cette signification est loin d'être absolue, car on voit aussi survenir la lysie vésicale (quoique plus rarement que dans les cas de lésions médul-s) dans les hémiplégies et les paraplégies dites nerveuses ou dynamiques, l'hystérie, par exemple.

pronostic de cette paralysie locale ne présente pas de gravité, à moins qu'il y joigne une cystite intense. La guérison est possible au début, surtout ue la paralysie est la suite de la distension des fibres musculaires; mais d l'affection est ancienne, elle peut se prolonger indéfiniment.

ARAPHRÉNÉSIE. — La maladie ainsi désignée par les anciens n'est que la pleurésie *diaphragmatique* des modernes (*Voy.* PLEURÉSIE).

ARAPLÉGIE. — *Voy.* PARALYSIES localisées (p. 748).

ARASITES, PARASITAIRES (Affections). — Les parasites de ume font partie du règne animal ou du règne végétal. Ils sont fort nomt; mais je ne tiendrai compte ni des parasites imaginaires ou fabuleux, ne la *furie infernale* (que personne n'a vue), ni de ceux qui, ne provot pas d'accidents morbides particuliers et ne se montrant pas au dehors, ent aucun intérêt clinique. On verra que les parasites dont il va être ion sont très-utiles à connaître, soit comme élément principal ou secon- de certaines affections, soit comme point de départ de phénomènes

morbides qu'il importe de ne pas perdre de vue comme sources d'erre[ur de dia]gnostiques.

Le microscpe a permis de connaître une foule de parasites précéd[emment] inconnus, soit animaux soit végétaux, et il en est résulté un progrès r[éel dans] l'étude des affections de la peau. Mais on a été beaucoup trop loin en a[dmettant] sans preuves que le typhus, le choléra, la peste, la fièvre jaune, la dysent[erie, les] fièvres intermittentes et la pourriture d'hôpital sont des maladies par[asitaires.]

Les parasites animaux et végétaux sont trop distincts, non-seulem[ent par] leurs caractères, mais par leurs effets, pour que l'on doive les examine[r à part.]

I. **Parasites animaux**.

Il a été question ailleurs (*Voy.* ENTOZOAIRES, HYDATIDES, BACTÉRI[ES...) des] animaux parasites vivant à l'intérieur des organes profonds de l'écon[omie. Je] vais m'occuper ici des parasites plus superficiellement placés : des épi[zoaires] qui vivent *sur la peau* ou *dans la peau ;* des parasites qui vivent [sous la] *peau* ou dans certains organes facilement accessibles à l'exploration, [et] des animaux *infusoires* que contiennent les liquides excrétés.

A. — Les épizoaires vivant sur la peau comprennent les poux, la chique, les tiques, l'argas et le rouget (Moquin-Tandon, *Éléments de [zoologie] médicale*, 1860).

1° Les *poux* comprennent quatre espèces différentes : le pou de la [tête, le] pou du corps, le pou d[es malades] et le pou de pubis. — [Le pou] *de tête, fig.* 156, qui s[e rencon]tre principalement dan[s le jeune] âge, provoque, par sa [présence] sur le cuir chevelu, de[s déman]geaisons plus ou moins [vives, et] comme conséquence [du grat]tage, l'irritation du cuir [chevelu] et la persistance des é[ruptions] concomitantes. La prés[ence du] parasite et les *lentes* [ou œufs] qui se fixent aux cheve[ux sont] caractéristiques et de constatation vulgaire. — Le *pou du corps*, [fig. 157,] qui s'accompagne également de lentes, se rencontre également chez l'[adulte, et] surtout chez le vieillard. Il pro[duit des] démangeaisons et des *papules* [...] (*prurigo pédiculaire*), comme [le *pou*] *des malades*, qui donne lieu à u[ne ma]ladie particulière (*Voy.* PHTHIRI[ASE]). Enfin le *pou du pubis, fig.* 15[8, peut] occuper toutes les parties velues d[u corps] (pubis, aisselles, barbe, cils), ex[cepté le] cuir chevelu. Plus petit que les [précé]dents et adhérant fortement au[x poils] ainsi que ses œufs, il provoque [sur la] peau des *granulations rouges*, [des] éruptions *prurigineuses* ou ec[zéma]*teuses*.



Fig. 156. — Pou de la tête. — A, femelle. B, extrémité postérieure du mâle. C, lente attachée à un cheveu.

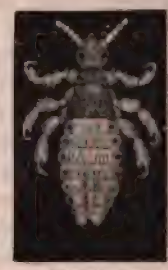

Fig. 157. Pou du corps.


Fig. 158. — Pou du pubis.

2° La *puce commune, fig.* 159 et 160, outre les phénomènes im[médiats] que produit sa piqûre, c'est-à-dire la sensation désagréable et la petite [...]

en résultent dans la partie atteinte, fait développer quelquefois des alogues à celles de l'urticaire chez les individus à peau fine et as fréquemment ce parasite occasionne iènes locaux plus persistants. Ce sont ondes, rosées, du diamètre d'une len- pourraient être confondues avec les es lenticulaires de la fièvre typhoïde. listinguent cependant en ce que leur ente un petit point ecchymotique plus correspond à la piqûre et qui persiste sparition des taches. Ces petites ecchymoses violacées ont toutes le même diamètre, ce qui empêche de les confondre avec des pétéchies.



Fig. 160. — Appareil buccal de la puce ordinaire, d'après Moquin-Tandon.— *A*, tête : *a*, mâchoire gauche. *b*, mandibules. *c*, palpe labial gauche. *d*, palpes maxillaires. *B*, rostelle développé : *a*, *a*, mâchoires. *b*, *b*, mandibules. *c*, lèvre inférieure. *C*, extrémité d'une mandibule.



uce ordinaire. — *a*, mâle. femelle. *c*, œuf.

3° La femelle de la . 161 et 162, ou *puce pénétrante* (*pulex penetrans*), qui ne s'ob ans les pays intertropicaux, particulièrement à la Guyane et au Brésil, est plus petite que la puce ordinaire. Quand elle est fécondée, elle pénètre principalement dans la peau du talon ou sous les ongles





— Puce chique, d'après H. Karsten

Fig. 162. — Chique gorgée, d'après H. Karsten.

le pied, dans le but de loger et d'alimenter ses petits. Un léger *prurit* *noirâtre* indiquent le point où s'est faite cette pénétration ; et si st extrait, son ventre forme un sac en forme de kyste, qui prend le n pois ou d'une fève. La tumeur qui en résulte s'ouvre à l'extérieur ouler du pus sanieux mélangé des œufs de l'insecte, sous forme blancs. L'ulcère peut acquérir une grande gravité et se compliquer, de carie des os ou de gangrène.

iques, *fig.* 163, s'attaquent rarement à l'homme. Elles enfoncent ns la peau où il se fixe solidement, et absorbent une assez grande sang pour que leur corps, très-extensible, puisse acquérir le

volume d'une lentille en formant une *saillie livide* qui les fait rec
Elles produisent d'*atroces démangeaisons* ou des *douleurs* assez viv

5° Les *argas*, *fig*. 164, sont des arachnides analogues à nos
mais se fixant au corps de l'homme à la manière des tiques. Ils se rencontrent en Perse et en Colombie et sent une v leur. On les ceptibles de ner la conso



Fig. 163. — Tique (*Ixodes Ricinus*, *Latr*.).

Fig. 164. — Argas de Perse (de grandeur naturelle et grossie).

Fig. 165. —

même la mort (Fischer). Suivant Gerstaeker, l'*argas reflexus*, qui pigeons et les oiseaux de basse-cour, déterminerait des accidents a ceux que provoque l'*argas persicus* (*Gaz. hebdom.*, 1860).

6° Le *rouget*, *fig*. 165, qui n'est qu'une larve de trombidion, assez commun en France de la mi-juillet à la mi-septembre, est habitants des campagnes. Il est *à peine visible à l'œil nu et de coul écarlate*, il s'insinue sous la peau, à la racine des poils, et de préf partie interne des cuisses et du bas-ventre. Il occasionne des *déma* vives, brûlantes, insupportables ; la *peau* se gonfle et devient rouge fois même violacée, ou le siége d'un *exanthème* ou même d'une *infla pustuleuse et vésiculeuse*.

B. — Parmi les *épizoaires qui vivent dans la peau, on compte :* le s acare de la *gale* (*Voy*. p. 425); *l'acaropse*, ou cheylète de Méricourt observé à Terre-Neuve pa ricourt dans du pus prov conduit auditif et chez un m fecté d'un exanthème; et *dex*, arachnide acarien à f minthoïde (*Voy*. p. 14) qui follicules (Simon, Henle), da sinage du nez principalemen déterminant aucune action



Fig. 166. — Cheylète de Méricourt.

Le sarcopte de la gale es d'hui parfaitement connu, travaux de Aubé, Biett, C Gras, Hébra, Piogey, Rayer, Bourguignon, Lanquetin, Robin, etc. Ce est considéré à juste titre comme l'origine de la gale, affection essent parasitaire, et non constitutionnelle (*Voy*. GALE). Il règne parmi les Ar affection prurigineuse produite, suivant Judée, par un acarien voisi *manis*, et qui ne creuse pas de sillon dans l'épiderme. Il se voit sur

que sur les vêtements comme des petits points noirs qui cheminent avec ité. Une affection analogue, sinon semblable, a été observée en 1866 par er sous forme épidémique chez des paysans de l'Indre occupés à rentrer lés altérés par l'humidité. Une rougeur de la peau, avec éruption miliaire rit, se dissipait en quelques jours après des lotions vinaigrées; ces phé-nes étaient dus à un parasite, formant aussi des points noirs se mouvant les yeux de l'observateur. Ces points noirs, retrouvés par Robin sur le blé le, étaient des nymphes d'un acarien dont il n'a pu voir l'animal parfait *de biol.*, 1867).

'existe pas en Norwége, comme on l'a cru d'abord, un sarcopte particulier gale. Mais on a reconnu en France que les sarcoptes du cheval, du cha-, du bœuf, du lion, du chien et du chat pouvaient se développer sur me, et lui donner une maladie cutanée analogue à celle de l'animal.

in on a trouvé sur le corps de l'homme plusieurs autres acariens impar-ent connus, ou considérés comme accidentellement déposés sur sa peau, e les acariens qui existent en abondance sur les volatiles de basse-cour *anysses vulgaires*). Raynal et Lanquetin ont observé la transmission du *pte mutans* des volailles à l'homme (*Acad. de méd.*, juin 1859).

— D'autres parasites rangés parmi les entozoaires, comme la filaire de e ou dragonneau, le distome hépatique, le trichina is, les hydatides, les cysticerques et les œstres ou des de diptères, se développent sous la peau ou dans rganes superficiels. Il en est de même des larves ssides, ou des insectes non parasites qui se trou-accidentellement dans certaines cavités plus ou profondes, où leur présence pourrait être mé-ue.



Fig. 167. — Embryons de la filaire de l'homme. — 1, vus au grossissement de 65 diamètres, 2, tête vue au grossissement de 350 diamètres; 3, fragment présentant la naissance de la queue. En *a*, l'anus (Davaine).

La *filaire de Médine* ou *dragonneau*, *fig.* 167, a ume d'un *la* de violon et 0m,50 à plusieurs mètres gueur; elle est d'un blanc de lait. Elle a été prin-ment observée en Afrique ainsi qu'en Amérique; st très-rare en Europe, mais elle peut s'y observer les individus qui viennent des contrées où elle est une; car après avoir pénétré dans un point quel-e des tissus (ordinairement superficiels) elle met mps assez long à se développer.

prurit sous-cutané, qui augmente et finit par de-insupportable, l'apparition d'une espèce de *cordon cutané* ressemblant à une veine variqueuse mobile, *ouleurs atroces*, parfois un peu de *fièvre*, un petit souvent acuminé, terminé par une vésicule ou par int noir entouré d'une auréole brunâtre, et qui s'ou-ur donner issue à un liquide séreux ou purulent, l'apparition d'un *filament blanchâtre* qui est le i-même; telle est, selon Moquin-Tandon, la suc-on des symptômes observés. Il est essentiel d'enrouler successivement le u dehors sans le rompre, car sa rupture entraîne des accidents graves. On e d'ailleurs comment se fait la pénétration du parasite, qui se montre pres-oujours aux pieds, et dont le siége aux jambes, aux cuisses, au scrotum et main est d'autant plus rarement observé dans ces parties, qu'elles sont si-plus haut.

On n'a jamais constaté la filaire dans les cavités splanchniques, mai trouvée assez fréquemment dans l'œil (dans la glande lacrymale, sous jonctive, dans le cristallin), dans le nez, la langue, sous la mamelle, tum, à la verge, dans l'aine, à la main.

La diagnostic de l'existence de la filaire, dit Davaine (*Traité des Ent* 1860, p. 719), est quelquefois fort difficile, et ce n'est que par l'appariti portion de ver au dehors qu'on reconnaît la nature du mal. Sous la co la filaire se laisse facilement apercevoir. Lorsqu'elle est superficiellem sous la peau, à la verge par exemple, et qu'elle détermine des doul pourrait être prise pour une veine ou pour un vaisseau lymphatique en dans l'aine, la tumeur qu'elle produit a pu être confondue avec le bub dans certains organes, comme le nez ou la langue, la filaire n'a été que par son apparition au dehors.

2° Le *distome* hépatique (*Voy.* ENTOZOAIRES, p. 365, *fig.* 47) a é chez l'homme, non-seulement dans la veine porte (Duval), mais encore tumeurs extérieures situées à l'occiput (Penn Harris), à la plante (Giesker et Frey), derrière l'oreille (Fox), à la région hypochondria (Dionis des Carrières). Davaine, qui rapporte ces observations, pense gré la position sous-cutanée de ces tumeurs, le parasite entraîné av a pu arriver dans les vaisseaux périphériques et, en s'y arrêtant, point de départ des phénomènes qu'occasionnent les corps étranger tence possible du distome hépatique dans le système circulatoire (pr le fait de Duval) lui semble autoriser cette manière de voir (*Ouv. cité*

3° Il peut exister dans les parties superficielles du corps, dans les m parasite dont j'ai parlé ailleurs; c'est le *trichina spiralis* (*Voy.* TR Je me contente de rappeler encore comme pouvant être constatés à l' certains *kystes hydatiques*, et les *cysticerques* de la langue ou de l'œ

4° Moquin-Tandon (*ouv. cité*) a réuni les faits connus relatifs aux *œstrides* d'animaux particuliers à l'homme, qui peuvent être déposés férentes parties accessibles de son corps, principalement sous la p surtout en Amérique que l'on observe les faits de ce genre.

Les diptères qui déposent leurs larves (ou œstres) sous la peau être des *cutérèbres*, *fig.* 168; ma pas sûr qu'ils se rapportent à une même espèce. « Lorsqu'une larve à se développer dans un point quel la peau, dit Moquin-Tandon, on ép *faible douleur*, et l'on distingue du gisement un léger *gonflement*, petit trou, duquel suinte un peu d A ce moment, il est facile de se d du parasite : une friction mercuriell d'ammoniaque, suffisent pour le tu néglige ces moyens curatifs, l'animal grossit avec rapidité, s'enfonce pl dément dans le tissu, et occasionne une *tumeur* de plus en plus forte en plus douloureuse. On est forcé alors de recourir à l'extraction. »

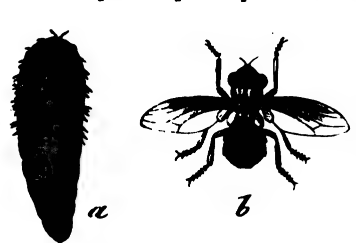


Fig. 168. — Cutérèbre nuisible (*b*), et sa larve (*a*).

5° D'autres faits très-remarquables et des plus graves, que je cr rappeler ici, quoique Moquin-Tandon leur dénie les caractères qui c le parasitisme (*ouv. cité*), sont ceux dans lesquels un diptère mu *mouche hominivore*, *fig.* 169 et 170, pénètre dans les cavités nat en particulier les cavités nasales, où il dépose des *larves* qui se dé

es sinus frontaux, et plus rarement dans d'autres parties du corps. On dans les *Archives de médecine* (1858, t. XI) un intéressant travail sur re de pa- ne, dû à el, chi- de la . Le pre- a pu les ca- s du di- (*lucilia vorax*) produit



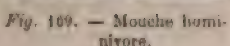


Fig. 169. — Mouche homi-nivore.



Fig. 170. — Larve de mouche hominivore. — *a*, larve. *b*, son extrémité antérieure. *c*, crochet.

idents caractéristiques à Cayenne, où ils ont été observés aussi par Saint-Chapuis. Mondière, chirurgien de la marine, a constaté, en 1861, des larves les dans des tumeurs furonculeuses multiples développées chez des sol- *az. hebdom.*, 1862).

erel résume ainsi les symptômes observés au niveau des fosses nasales : but, *fourmillement* dans les fosses nasales, *céphalalgie sus-orbitaire* ; bientôt *gonflement œdémateux* de la région nasale, se prolongeant moins loin sur la face ; *épistaxis abondantes ;* douleur sus-orbitaire plus vive (coup de barre de fer); *issue d'un certain nombre de larves*, les narines, soit par des *ulcérations* qui se produisent sur le nez ; *mes généraux* indiquant une réaction inflammatoire des plus vives, *ation de la phlegmasie* aux enveloppes cérébrales ou au cuir chevelu, du sujet. Dans les cas les plus favorables, guérison avec *perte de sub-* plus ou moins étendue, et *cicatrisation plus ou moins difforme* de la nasale. » Chapuis a plusieurs fois constaté des larves, non-seulement fosses nasales, mais encore dans le conduit auditif et même dans le ngle de l'œil.

rtie spontanée des larves par les narines, ou leur présence dans les solu- continuité qui se forment à l'extérieur, sont le signe pathognomonique aladie, qui serait prise d'abord facilement pour un *érysipèle de la face* ne songeait pas aux larves de diptères, et si la pénétration de l'insecte s les cavités nasales avait eu lieu pendant le sommeil et à l'insu du

s accidents, qui ne sont pas rares dans les pays intertropicaux, on doit her, comme analogues, ceux de l'affection décrite dans l'Inde sous le nom *ash*, et, parmi les faits qui ont été observés en Europe, ceux de Roulin hier, *Anat. pathol. génér.*, t. II) et de Cloquet, dans lesquels des larves uses se développèrent *dans différentes parties du corps*, où elles été déposées par la *musca carnaria* pendant un sommeil dans la cam- ceux de d'Astros, d'Aix (1818), de Legrand du Saulle (*Acad. des s*), qui se rapportent à des larves déposées dans les sinus frontaux ; celui -Gregor (*Lond. med. and phys. journ.*, 1830) relatif à des larves s dans les sinus maxillaires d'un homme syphilitique ; ceux de Che- d'Angers (larves dans le conduit auditif), et Lallemand (larves dans le etc.

fin on a rapporté des faits dans lesquels les narines, le conduit auditif et es lacrymales ont été envahis non plus par des larves, mais par des s parfaits, qui donnaient lieu à des accidents douloureux, parfois extrê-

mement graves. Ce sont principalement les myriapodes et certains
parmi lesquels on a signalé les perce-oreilles, qui ont donné lieu à c
Hope a cité un cas de mort produit par la présence, dans les fos
d'un *ténébrion de la farine*.

D. — On a aussi observé des parasites *infusoires* dans les produ
tion du corps de l'homme; et cela devait être, puisque ces an
développent partout et dans tous les temps, au sein des corps vivan
milieu des corps inorganiques. On a rencontré : 1° sur les *pla*
sécrétions étaient altérées, des *vibrions*; 2° dans les mucosités int
paramécies, les *vibrions*, et la *cercomonade de Davaine* (V
p. 365), trouvée dans les déjections cholériques et qui meurt dès q
froidissent; 3° dans l'écoulement vaginal ancien ou de nature susp
chomonade vaginale (*Voy. fig.* 51, p. 366 [Donné, Desjardins), c
sence coïncide avec des bulles d'air donnant un aspect écumeux au
(Donné); 4° dans le tartre des dents ou dans l'enduit muqueux de
étendu d'eau distillée préalablement chauffée, la *virguline*, et d
particuliers; enfin dans le lait présentant une coloration en bleu ou
vibrion cyanogène (Fuchs).

II. **Parasites végétaux.**

Tous les végétaux parasites qui croissent sur les animaux vivants
simples qu'on puisse connaître : ce sont des plantes cellulaires : de
des *champignons*. Ch. Robin en a fait une étude approfondie (*Hist*
végétaux parasites, 1853) et, ainsi que Bazin (*Leçons sur les a*
nées parasitaires, 1858), il leur attache une grande importance pa
Cette importance est incontestable dans un bon nombre de cas, s
les TEIGNES, mais il en est d'autres dans lesquels le végétal ne paraît
rôle secondaire ou accidentel.

On doit reconnaître, en effet, que dans les maladies cutanées par
y a très-souvent doute sur les relations de cause à effet entre la con
parasite végétal et les lésions locales. D'ailleurs le miscroscope n'a p
démontré la présence du parasite attribué à une maladie cutanée, so
de cette maladie, soit dans son cours, même lorsqu'elle était vier
traitement. Bazin dit que, dans le diagnostic des affections parasita
men au microscope lève *ordinairement* tous les doutes; il y a do
dans lesquels il ne constate pas le parasite. C'est au reste un fait ad
Robin lui-même (Em. Tarnier, *Thèse*, 1859).

Si l'on ajoute à ce défaut de la preuve microscopique le fait contrair
statation du parasite au niveau de lésions cutanées d'une toute autre
celle qui en est considérée comme l'effet nécessaire, on ne saurait su
soirement Bazin dans tous les développements de sa dermatologie p
Les teignes, comme je l'ai dit précédemment, doivent être rattachée
effets, au parasitisme végétal. Les *crasses parasitaires* de Bazin («
versicolor, pytiriasis nigra, chloasma ou macula gravidarum, taches b
éphélides lenticulaires, etc. ») ne sauraient être assimilées, ainsi qu
comme autant d'effets du *miscrosporon furfur*, *fig.* 172. Ils en se
effets par trop divers. Hardy, quoique partisan de la doctrine du pa
considère d'ailleurs le pityriasis versicolor comme une affection con
nelle; et en l'admettant même comme dû au microsporon furfur, que l'o
en effet au niveau des taches pityriasiques, on recherche vainement c
au niveau des taches bistrées des femmes grosses (macula gravidarum
éphélides. A plus forte raison ne saurait-on admettre, avec Bazin, que

d'altérations, désignées sous le nom de pourritures, de gangrènes, méla-s des muqueuses ou des ulcères, etc., sont produites par des champignons e développent sur ces surfaces » (*Ouv. cité*, p. 217).

s végétaux parasites ont des caractères qui ne peuvent être constatés qu'à é du microscope, puisque les dimensions de leurs éléments ne se mesurent par centièmes ou millièmes de millimètre. Toutefois en se groupant ils pro-ent sur la peau, sur les cheveux ou les poils, sur les muqueuses, ou dans ans liquides, des agrégats solides, des furfures, des pseudo-membranes ou édiments dont l'aspect seul fait deviner ou soupçonner le parasite. Il faut e avouer que, sans ces données extérieures, les signes microscopiques, tout vélant un végétal parasite, seraient très-fréquemment insuffisants pour ettre d'en établir l'espèce.

ne saurait nier, en effet, que les végétaux en question, reconnaissables ne espèces lorsqu'ils sont entiers, ne s'offrent le plus souvent à l'obser-n que par éléments isolés qu'il serait facile d'attribuer à des espèces dif-les. Ce doute, que j'ai exprimé en étudiant le parasitisme (1re édit.), a été hement formulé depuis par différents observateurs, entre autres par Ernest er, qui a admis que les différences des végétaux microscopiques résultaient ement de l'*habitat* ou des lieux différents où le même champignon est planté.

oi qu'il en soit, les éléments de ces végétaux ne sont qu'au nombre de : 1° le *mycelium*, qui représente le système végétatif, sous forme de tubes 0mm,002 à 0mm,003 de diamètre, avec une longueur et des bifurcations bles ; son examen seul ne saurait servir à distinguer les espèces, suivant obin ; 2° les filaments tubuleux réceptaculaires, *réceptacles*, tubes sporo-s, qui présentent beaucoup de variétés depuis le tube vide jusqu'au tube li de spores, qui semblent quelquefois par leur accumulation bout à bout le tube transparent former un tube cloisonné ; 3° enfin les *spores*, *sporules*, *dies*, corps producteurs de tous les cryptogames, qui sont très-souvent le élément que l'on puisse recueillir, et dont le volume variable n'est évi-ment pas suffisant pour en faire déterminer l'espèce.

oi qu'il en soit, je vais indiquer quels sont les végétaux parasites admis ne incontestables, et les conditions dans lesquelles on les rencontre. Je préalablement remarquer qu'on les trouve sur la peau, sur les muqueuses, ns les liquides expulsés de l'économie.

PARASITES VÉGÉTAUX DE LA PEAU.

sont des champignons, à part l'algue *leptomitus epidermidis*, découvert ubler sur une main blessée, sou-à l'irrigation continue, et que je ne ne mentionner. Les champignons ne tout autre importance. Ils com-ent le trichophyton de Malmsten ; espèces de microsporon (d'Audoin, agrophyte, furfur), l'achorion de nlein, et la puccinie du favus.

Le *trichophyton tonsurant de msten*, *fig.* 171, est uniquement sé de spores rondes ou ovales, parentes et incolores, de 0mm,003 à 005 de longueur (quelquefois 007 à 0mm,010) sur 0mm,003 à 0mm,004 de largeur et donnant naissance à



Fig. 171. — Trichophyton tonsurans. — *a*, cheveu malade rompu en un point. *b*, filament monili-forme constitué par des spores superposées. *c*, spores libres.

des filaments articulés moniliformes (Gruby, *Acad. des sc.*, 1844). l'*intérieur de la racine des cheveux*, et les rend plus fragiles. — Il gnalé par Gruby comme le cryptogame propre à la teigne tondante de particulièrement étudié par Bazin (*Voy.* TEIGNES). Mais on le trouve dans cette teigne tonsurante, dans la *mentagre* et l'*herpès circiné*, fait proposer à Hardy de réunir ces trois affections sous la dénominati mune de *trichophytie*.

2° Le *microsporon d'Audoin* présente des spores rondes ou ova petites que celles du trichophyton, les spores rondes ayant 0mm,001 à 0 les ovales 0mm,002 à 0mm,008; elles sont adhérentes à des tubes et ramifiés ainsi qu'à leurs branches. L'agglomération de ces végétaux et cheveux libres, autour desquels ils forment une couche épaisse de 0 Il produit comme le précédent une espèce de TEIGNE.

3° Le *microsporon mentagrophyte* engaînerait, en se groupant, le pileux de la barbe et il différerait du microsporon d'Audoin par de plus volumineuses, des filaments et des ramifications plus grandes, par son siége *autour du poil dans le* sans envahir la partie aérienne du c sans pénétrer dans son intérieur com chophyton (Ch. Robin). Il serait le c propre à la sycose; mais telle n'est nion de Bazin (*Voy.* TEIGNES).



Fig. 172. — *Microsporon furfur.* — *a*, portion du champignon. *b*, spores. *c*, spores en voie de germination.

4° Le *microsporon furfur d'Eich* 172, est formé de cellules allongées et et de spores en groupes ou amas aya ment quelques centièmes de millimèt mètre; ces spores, qui réfractent for lumière, se rencontrent principalem veau des plaques de pityriasis versicol

5° L'*achorion de Schœnlein*, *fig.* 173 et 174, est le champignon qu agglomération, constitue les cupules jaunes du favus. Les spores isol rent souvent à la surface de la portion implantée du cheveu ou des cr



Fig. 173. — Achorion Schœnleinii.



Fig. 174. — Achorion Schœnleinii. — *a*, *b*, filaments du *c*, *d*, spores.

dermiques. Les favi forment des cupules d'autant plus régulières qu plus petits et ordinairement traversés par un ou plusieurs cheveux logés dans une dépression de la peau partant de l'orifice des follicules pi non dans les glandes sébacées qu'ils n'atteignent jamais, suivant Ch. Rob

Ces favi sont durs, cassants, et leur masse se réduit facilement en p qui est composée : 1° de tubes flexueux, ramifiés, non cloisonnés,

le rares granules moléculaires (c'est le mycelium); 2° de tubes droits
s rarement ramifiés, contenant des granules ou des petites cellules
des cellules allongées, placées bout à bout, de manière à former des
onnés (réceptacles ou sporanges); 3° enfin de spores la plupart
libres ou réunies en chapelet. C'est presque uniquement du myce-
trouve contre la *face interne* de la couche extérieure.

paraissent d'abord comme un petit point jaune au centre d'une élé-
épiderme qui tombe; et si on enlève un favus ancien, il se reproduit
té. Ils causent des excoriations, l'alopécie par compression et l'atro-
ulbes pileux. Les squames et les croûtes qui les accompagnent sont
d'un mélange de cellules épithéliales, de globules de pus desséché,
s de sang altéré, quelquefois de spores du champignon et de granules
es.

tion de la teigne faveuse est due au transport des spores. Remak a
noculer au bras. Il ne faut pas croire,
ue les favi ne se développent qu'à la
TEIGNES).


Fig. 175. — Puccinia favi.

ccinie du favus est un champignon
que, couleur brun rouge, se dévelop-
nt en quantité considérable comme
parasite du favus. Il se compose de
es conoïdes réunies par leur base, *fig.*
en l'a signalée aussi dans le pityriasis.

SITES VÉGÉTAUX DES MUQUEUSES.

s muqueuses, de même que la peau, sont susceptibles d'être le siége
s végétaux microscopiques, dont le développement est accompagné
s de signes caractéristiques importants à bien connaître, dans la bouche
e. Le plus souvent, c'est l'examen au microscope des liquides excrétés
le parasite. Ceux dont la germination s'effectue dans la cavité buccale
us importants à bien connaître.

ium albicans, *fig.* 176, 177 et 178, forme en majeure partie les pla-
uches d'aspect pseudo-membraneux, d'un blanc de lait, qui consti-
uguet (*ou blanchet*), et que l'on voit apparaître d'abord sous forme
illé et se développer dans la bouche des enfants et plus rarement des
s *filaments tubuleux* sporifères, cloisonnés d'espace en espace, souvent
u niveau des cloisons, de couleur légèrement ambrée, ramifiés plusieurs
croisés en tout sens, ayant une largeur qui varie de 0^{mm},003 à 0^{mm},005,
ngueur de 0^{mm},05 à 0^{mm},06; des spores adhérant fortement aux
ithéliales du mucus buccal, spores sphériques ou un peu allongées,
s foncés et à centre brillant, d'une teinte ambrée, renfermant une
ère, souvent un ou deux granules moléculaires mobiles : tels sont les
e l'oïdium albicans vus au miscroscope.

nsidère plus aujourd'hui le muguet comme une phlegmasie particu-
is les travaux de Ch. Robin, Berg, Gubler. C'est une affection locale
dont le développement est favorisé par une prédisposition générale
ie, et par l'acidité du mucus buccal. On le voit principalement appa-
les enfants qui présentent des dérangements des voies digestives, et
e dans les derniers jours de la vie, particulièrement chez les phthisi-
fin des fièvres typhoïdes, des phlébites, des lymphangites mortel-

et peut se développer non-seulement dans les diverses parties de la

bouche ou du pharynx, ce qui est le plus ordinaire, mais encore dans l'œ jusqu'au cardia; on l'a rarement rencontré dans l'estomac et dans l'intest ainsi qu'au pourtour de l'anus. Zalewski l'oïdium albicans sur la muqueuse g au niveau de petites élévations nombreu blanc verdâtre, de la grosseur d'une tête gle ou d'une lentille, et ayant l'aspect de varioliques en groupe (*Berl. Klin. W*

Fig. 176.

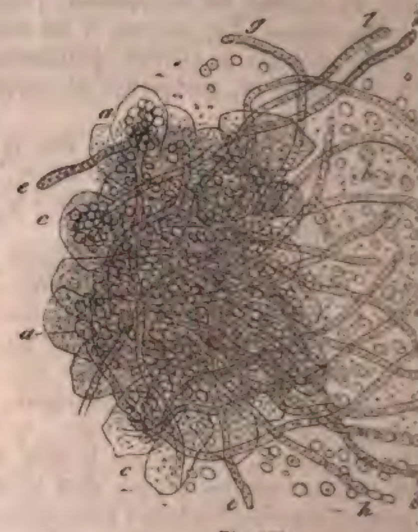


Fig. 177.



Fig. 178.

chr, 1865). On a constaté as vent la transmission du muguet fant au mamelon de sa nour suite de l'aigreur du lait qui l' ou du dépôt de mucus acide pa fants qui tettent.

Fig. 176. — Plaque de muguet au [illegible] avec lamelles épithéliales recouvertes [illegible] *a*, *a*, elles forment des groupes [illegible] forme de lamelles épithéliales *c*, *c*, *c*, commencent à se développer (Robin).

Fig. 177. — Fragments de muguet [illegible] à 360 diamètres, entremêlés de cellu[illegible] lium imbriquées, couvertes de spores [illegible] ovales et de tubes du champignon [illegible] *cans*. — *a*, cellules d'épithélium. *b*, *b*, [illegible] lées ou réunies bout à bout. Elles [illegible] à 0,005 de diamètre. *d*, filaments [illegible] buleux, cloisonnés, avec granules [illegible] térieurs. Ils ont de 0,003 à 0,004 de la[illegible] 0,070 de long. *e*, leur extrémité [illegible] flements ovoïdes. *h*, spores [illegible] *i*, cellule ovoïde terminale (Robin).

Fig. 178. — Filaments tubuleux du [illegible] veloppés, cylindriques, flexueux, de [illegible] de long. — *a*, *a*, cloisonnement [illegible] ques cellules ovoïdes des tubes. *d*, *d*, [illegible] des tubes. *e*, ramifications qu[illegible] poindre par une seule cellule (Robin).

Le *cryptocoque du ferment* (*cryptococcus cerevisiæ*), *fig.* 179, est con-
é par des cellules ovoïdes ou sphériques, con-
nt un ou deux globules brillants. Il résulte de
développement un assemblage de petits cha-
s composés de trois à cinq cellules. — Ce vé-
a été trouvé par Lebert dans la bouche d'une
ne atteinte de muguet, et par Hannover dans
uit noirâtre de la langue des sujets atteints
ction typhoïde. Vogel, qui a aussi trouvé le
ocoque dans l'urine des diabétiques, est d'avis, ainsi que Ch. Robin, que sa
ence est un épiphénomène sans signification pathologique (Cauvet, *Hist.
r. méd.*, t. I).

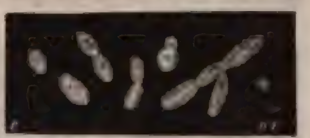


Fig. 179. — Cryptocoque du ferment (*Cryptococcus cerevisiæ*).

Le *leptothrix buccal*, *fig.* 180, est une algue qui se compose de fila-
s longs de 0mm,020 à 0mm,100, et d'une ténuité
mm,0005, assez raides, droits ou courbés, inco-
, élastiques, généralement réunis par la base à
gangue amorphe, granuleuse, et formant des
eaux. — On le trouve à la surface de la langue,
ilieu des matières accumulées entre les dents,
ans la cavité des dents cariées. Les liquides
stomac et des intestins en contiennent quelque-



Fig. 180. — Leptothrix buccalis, d'après Moquin-Tandon.

Un végétal parasite nouveau a été découvert ré-
ent par Maurice Raynaud (*Union méd.*, juillet
), au niveau des plaques villeuses noirâtres qu'on
ntre chez certains malades ou vieillards, et qui
ituent un état tomenteux comparé à un gazon
(Gubler), ou à du blé en partie renversé (Ray-
). La matière, réunie par le raclage et mise dans l'eau, fournit des fila-
s noirâtres semblables à des poils, ayant un diamètre de deux dixièmes de
mètre, et une longueur atteignant 1 centimètre et plus. Vu au micros-
, on voit une substance fondamentale d'un jaune ocreux, formée d'épithé-



181. — Cylindre épithélial piliforme. 150 diamètres (Raynaud).

82. — Fragment de cylindre piliforme farci de spores. 300 diamètres.

Fig. 183. — Le même fragment après que les spores en ont été chassées par expression. 150 diamètres.

, ayant sur les bords l'aspect des barbes de plume, *fig.* 181. C'est une
amation des papilles filiformes de la langue, à laquelle se joignent quel-
is des débris épidermiques, des vibrions, des bactéries, des filaments de
thrix buccalis, et surtout un nombre immense de *spores*, *fig.* 182 et 183,

réunis par petits amas de quatre ou cinq au plus, sans traces de tubes phores. L'auteur pense que leur multiplication a lieu par gemmation, co montre la figure 184. Ch. Robin et Balbi été d'accord pour ne voir dans ce parasite dium albicans du muguet, ni le leptothri bouche. Maurice Raynaud l'a comparé au phyton, et s'est demandé si l'on ne pourr dénommer l'affection villeuse de la langue observée, *teigne des muqueuses*.



Fig. 184.—Spores à différents degrés de germination (Raynaud).

5° Le *leptomite* (?) de Hannover, fig est composé de filaments droits et déliés, parents, ou nuageux et grenus, à rameau nombreux aussi gros que le tronc. — H l'a trouvé au niveau d'une sorte de bou pissant l'œsophage excorié, et dans un certain nombre de maladies.

6° La *sarcine*, *fig.* 186, signalée par Goodsir dans les liquides de l'e forme u de sédim nâtre da quides v tendu q plus pes l'eau. donc lai poser c des lors couleur fait sou l'existence de ce végétal, et c'est dans le dépôt qui se forme qu'il faut le c



Fig. 185.—Leptomitus (?) Hannoverii.

Fig. 186. — Sarcine (*merismopœdia ventriculi*), d'après Moquin-Tandon.

La sarcine (*merismopœdia ventriculi*, Ch. R.) se présente sous for vérulente, constituée par des masses cubiques, prismatiques, allongées gulières, de couleur brune très-claire, et sées habituellement de 8, 16, 64 *cellules* c de 0^{mm},008 de diamètre, et dont chaque divisée en quatre saillies par de légers elles contiennent un noyau teinte de ro 0^{mm},002 à 0^{mm},004. Pour l'examen au micr il faut se servir d'un fort grossissement.



Fig. 187. — Oïdium des poumons (*oïdium pulmoneum*).

Ce végétal ne semble pas réagir d'une fâcheuse sur l'économie. Cependant il a é staté dans des cas de vomissements incoerci comme il donne une couleur brunâtre aux l vomis, il est toujours nécessaire de reche sarcine lorsque les matières des vomissem sentent cette coloration, que l'on pourrait a à tort à du sang altéré, et rapporter à un tion organique de l'estomac.

7° L'*oïdium des poumons*, *fig.* 187, a été signalé par Bennett dans l chats des tuberculeux. Suivant Remak (1845), des fibres de mycelium r en fourche se rencontreraient dans la plupart des crachats des phthisiq cryptogame, qui est porté sans doute dans les poumons par l'air inspiré

aussi par Von Dusch et Pagenstecker. Mais il n'est pas constant, ni réel-
tile au diagnostic. Il en est de même du végétal microscopique qui a été
par Langenbeck dans l'écoulement

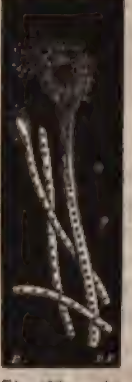


Fig. 188. — Aspergillus du conduit auditif externe (*aspergillus* (?) *auricularis*).



Fig. 189. — Leptomite utéricole (*leptomitus* (?) *uteri*).

spergille glauque a été trouvé dans
tation pulmonaire par Figueira, de
(*Journ. da socied. das sciencias*
, 1862), qui en a donné une bonne
ühlenbeck, de Mulhouse, a fait con-
mpoisonnement de deux tonneliers
ments, céphalalgie, vertiges, etc.),
après avoir brossé un tonneau cou-
pergillus glaucus.
aspergille a aussi été trouvé deux
le conduit auditif externe, et dé-
uriculaire, *fig.* 188.
nfin Lebert a rencontré un *lepto-*
la muqueuse de l'utérus, *fig.* 189.
uvé le même genre d'algues : *dans*
s utérin (Wilkinson), mais sans
le pus; *dans l'œil*, d'où il fut ex-
chambre postérieure de cet organe,
par Helmbrecht; et enfin *dans l'urine* (*leptomite urophile*), où cette
ès-rameuse, peut atteindre 2 ou 3 millimètres de longueur.

OLE. — *Voy.* Phonation, Prononciation, Alalie, Aphasie.

OTIDE, PAROTIDITE. — La glande parotide n'est sentie à la
derrière l'angle de la mâchoire que lorsqu'elle est développée par suite
use morbide. Dans ce cas, elle peut acquérir un volume considérable,
ement appréciable à la vue. Ce développement a lieu dans deux affec-
sont du ressort de la médecine : dans les oreillons, et dans la *paro-*
condaire.

otidite survient comme complication dans un assez grand nombre de
internes, et principalement dans le cours ou à la suite de fièvres graves.
oque plus ou moins avancée de la maladie, il apparait dans l'une des
arotidiennes, rarement dans les deux, un gonflement avec rougeur,
ement inflammatoire, se développant avec plus ou moins de rapidité, et
ant assez fréquemment par suppuration, sauf dans les cas où la paroti-
raît comme complication ultime de la maladie principale. Cette suppu-
nd à se faire jour, tantôt à l'extérieur, tantôt à l'intérieur vers le pha-
l'on a vu l'irruption subite du pus occasionner la suffocation en pénétrant
voies respiratoires.

vité souvent extrême des symptômes généraux au milieu desquels sur-
arotidite, empêche fréquemment le malade de manifester de la douleur;
complication parotidienne se montre dans sa convalescence, ou que
ui permette de rendre compte de ses sensations, il accuse une douleur
ment sourde. Elle augmente par les mouvements de la mâchoire infé-
ont l'écartement est parfois presque impossible par suite de l'extension
nmation vers le pharynx, où la déglutition devient alors douloureuse.
ez souvent de la salivation, et une expuition de matières purulentes
de sang, rendues avec efforts de vomissement, lorsque la suppuration
r dans l'arrière-gorge. Si l'inspection de celle-ci est possible, on con-

l'œil, dans la paralysie de la *face*, ou dans la paralysie de la tr
nerfs. On a observé rarement la paralysie de la paupière supéri
les autres signes de la paralysie de la troisième paire. L'occlusi
encore être la conséquence du gonflement des paupières par
noncé, par une *inflammation* érysipélateuse ou varioleuse, pa
ou *intra-crânien* venant soulever la paupière supérieure, par
cataplasmes trop fréquents, par la pression d'un bandage à la
de la face (Mackensie), par une hypertrophie graisseuse (W. B
le gonflement avec couleur violacée est dû à un empoisonne
Enfin les paupières sont assez souvent agitées de *mouvements*
accidentels comme dans l'épilepsie, l'éclampsie, la chorée, et
comme dans certains *tics* de la face.

PEAU. — Quoique l'on n'ait pas tiré en pathologie un par
connaissance des éléments anatomiques de la peau compris da
lulo-fibreuse, il n'est pas inutile de les rappeler, ne serait-ce q
la diversité des lésions et des signes que l'on rencontre au nivea
Ces éléments anatomiques sont : les réseaux vasculaires artérie
phatiques, les réseaux nerveux épanouis dans les papilles, et
doripare, blennogène, chromatogène, sébacé, pileux, onguéal,
la matière colorante, de la matière sébacée, des poils, des ongl

1° *Maladies de la peau.* — Je ne ferai pas la longue énumé
dies cutanées, que l'on a décrites dans des traités spéciaux, et
lément question dans différentes parties de cet ouvrage. Mais il
saire de faire quelques remarques relatives à leur diagnostic. C
paraissent d'autant plus opportunes qu'en général les praticie
fait une étude spéciale des affections cutanées proprement dit
difficilement le diagnostic en prenant pour guides uniques les t

Ce diagnostic se fonde principalement sur les caractères ext
sentent les maladies cutanées et qui sont la première base de

ue. En général, dans les classifications proposées, on se préoccupe plus coordination scolastique ou scientifique que de l'application clinique; et ureusement, il faut l'avouer, il est impossible, avec une seule classification, isfaire à la fois la science, le diagnostic et la thérapeutique. Il faut de nécessité, à mon avis, envisager différemment les maladies cutanées à s de chacun de ces points de vue, qui devraient constituer autant de divi- principales dans les traités spéciaux des maladies de la peau.

diagnostic, dont j'ai seulement à m'occuper, réclame la classification la simple comme point de départ : celle qui se base sur la constatation des nts directement appréciables sur le malade, quelle que soit la période à lle est arrivée son affection cutanée. En prenant ce point de départ immé- nent saisissable pour dénommer la maladie, on s'appuie sur la base la plus pour remonter ensuite, autant que faire se peut, à son origine ou à sa e. C'est l'application de ce principe que j'ai utilisé dans cet ouvrage, où e élément apparent, traité à part, est rattaché aux affections dont il dépend, chacune de ces dernières est examinée séparément au point de vue du stic. C'est en réalité la nosographie cutanée de Plenck, dégagée de ses s méticuleux, et complétée, que je préconise pour le diagnostic des mala- e la peau, tout en reconnaissant qu'elle ne peut être applicable qu'au diag-, comme moyen de le faciliter, car les caractères extérieurs sont des fils cteurs qui conduisent seulement à dénommer les espèces généralement es. Mais le diagnostic doit aller plus loin.

but le plus élevé de la science des maladies est de déterminer leurs causes r nature, et c'est d'après cette détermination, toujours difficile et toujours plète, que doit se guider la thérapeutique. Or, c'est précisément pour fran- es deux étapes que nous manquons de classifications suffisamment pré- Celles qui ont été proposées n'offrent pas malheureusement beaucoup de es de maladies de la peau bien déterminées, et dont le cadre soit admis discussion. Les *fièvres éruptives* en seraient cependant un exemple, si ne constituaient pas des maladies à manifestations morbides vers la peau, que des affections cutanées proprement dites. Les SYPHILIDES, les SCROFU-, les affections cutanées réellement dues à des *parasites animaux*, for- des classes généralement admises; mais il n'en est pas de même de certaines ons attribuées à des parasites végétaux, ni de la famille des *dartres*, ex- on donnée par le vulgaire à toutes les affections cutanées chroniques, et on a cherché à réhabiliter de nos jours en l'appliquant aux affections que onsidère comme étant sous la dépendance d'une disposition générale de omie dite *diathèse dartreuse;* mais son sens trop vague ne saurait servir ctériser avec précision un groupe de maladies cutanées.

Symptômes ou *signes*. — Je viens de rappeler que les affections cutanées ntent des éléments extérieurs de diagnostic. Ce sont des MACULES, des TA- ou des COLORATIONS anomales, des PAPULES, des PUSTULES, des VÉSICULES, ULLES, des SQUAMES, des TUBÉROSITÉS (ou *tubercules*), des CROUTES, des LATIONS, des CICATRICES, les signes que présentent les ONGLES, ceux fournis s POILS ou cheveux, et enfin ceux que produisent certains PARASITES ani- ou végétaux. Guibont a insisté avec raison, dans une note communiquée à la té des hôpitaux (mars 1867), sur les difficultés du diagnostic qui résultent traitement irritant antérieur, dans les cas où des émolliens étaient indiqués. éritables caractères de la maladie sont alors masqués par un surcroît d'in- nation : rougeur érysipélateuse, turgescence phlegmoneuse, dénudation de u, ulcérations, eschares, etc.; et ce n'est que lorsque ces complications ont



moins nécessaires à rechercher comme explication du dévelop
ladie, de même que l'*habitation* dans les contrées où l'affe
endémique, et l'ingestion de certaines substances plus ou moi

Indépendamment de ces nombreux éléments principaux du
fections ou éruptions cutanées proprement dites, la peau est
symptômes qui ne sont pas sans importance. Outre sa congest
mation locales, sa tension par de l'air ou de la sérosité infiltr
sous-jacents, ou par d'autres causes, elle est assez souvent le
gération ou d'une diminution plus ou moins complète de la se
THÉSIE, ANESTHÉSIES), d'une rigidité extrême (SCLÉRÈME), de
par leur abondance, leur localisation, ou par la modification
constitue. Les FISTULES de la peau fournissent également des
de lésions viscérales ou de maladies internes.

3° *Exploration*. — Je n'insisterai pas sur les moyens trè
vent à explorer la peau ou ses produits. Ce sont principalem
directe ou avec la loupe et le microscope, la *palpation*, la
ment, le pincement, les piqûres, et l'apposition de corps pl
chauds que la peau elle-même (*Voy.* ANESTHÉSIES).

PEAU BRONZÉE. — *Voy.* BRONZÉE (Maladie).

PECTORILOQUIE. — *Voy.* VOIX THORACIQUE.

PÉDICULAIRE (Maladie). — *Voy.* PHTHIRIASE.

PELLAGRE. — On sait que la pellagre, signalée d'abo
puis en Espagne, a été en France l'objet de travaux nombreu
Boismont (1844), Roussel (1845 et 1866), L. Marchant, Lale
larger (1848), Costallat (1860 et 1868), Billod, Landouzy (18
(1862), Vernois (1866), etc. Elle a été observée dans des c
qui font que l'on a discuté longtemps sur l'origine et la natu

1° *Éléments du diagnostic*. — La pellagre est principale
par des phénomènes morbides du côté de la peau, du côté de

n ou des vomissements. — Les symptômes nerveux constituent ce qu'on elé la *folie pellagreuse* qui est aiguë ou chronique et avec propension au le. En dehors de l'altération des facultés intellectuelles, les malades ont céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des éblouisse-s, des douleurs rachidiennes, des crampes, des convulsions, des troubles comotion, parfois même de la paraplégie, sans que ces symptômes se ren-ent réunis chez le même malade. — Le pouls est lent et faible, les lèvres ivides et la muqueuse buccale est pâle, sauf lorsque la fièvre survient à poque avancée de la maladie.

Inductions diagnostiques. — Je n'expose ce sommaire des éléments omatiques de la pellagre que pour rappeler qu'ils sont caractéristiques, et suffisent parfaitement pour faire dénommer la maladie. Mais ce diagnostic ment nosologique demande à être complété, et c'est justement là une uestions les plus obscures de la pathologie.

bord relativement à l'évolution des phénomènes cutanés, digestifs, ner-il n'est pas établi positivement qu'ils s'enchaînent et se succèdent régu-ent. On a bien voulu, en se basant sur eux, diviser la maladie en trois es, mais cette division a été reconnue inapplicable à la plupart des faits és. Pour Billod, par exemple, ce sont les troubles nerveux ou plutôt ation mentale, qui sont la cause première de la pellagre, opinion qui a rop exclusive à beaucoup d'observateurs.

-seulement la marche de la pellagre a été mal déterminée, mais ses causes, ises surtout, ont été diversement appréciées. L'insolation a été générale-considérée comme la cause déterminante de l'éruption cutanée, ce que tour au printemps justifie, mais on a admis aussi des causes internes, et iculier l'usage du maïs altéré par un parasite végétal. Cependant cette re cause, sans pouvoir être niée, ne saurait être considérée comme ve; car la pellagre a été manifestement constatée dans des établissements és qui ne faisaient nullement usage du maïs, de même qu'en dehors de blissements, ainsi que Landouzy en a rapporté des faits bien péremp-*Arch. de méd.*, 1860, t. XVI). Ch. Bouchard, H. Gintrac, Bertet, Leudet uen), etc., ont défendu la même opinion.

vouloir trancher la question relativement à la pellagre de Lombardie, gne et du midi de la France, on peut se demander si celle qui est ren-e dans les maisons d'aliénés n'est pas un simple érythème ou érysipèle gu produit par l'insolation chez des aliénés lypémaniaques ou déments, s lésions cutanées se compliquent de troubles intestinaux comme le font lures étendues. Telle est l'interprétation que m'ont suggérée un bon e de faits que j'ai observés pendant un certain nombre d'années dans de Clermont (Oise), et concernant des aliénés des deux sexes, à sensibi-use, et qui m'ont paru, dans les années où les cours étaient encore vues d'ombrage, plus nombreux que plus tard. Que l'on fasse abstrac-s phénomènes cutanés et manifestement dus à l'insolation dans de pareils il reste des lypémanies ou des démences vulgaires.

formes de la pellagre sont subordonnées à la prédominance de certains mes, et surtout aux causes qui la produisent. Existe-t-il une seule espèce e pellagre, due à une intoxication par un parasite du maïs ou du blé, l'ont soutenu Roussel et Costallat, dont les travaux ont été couronnés adémie des sciences? Les faits dans lesquels cette origine n'existe pas, sont d'ailleurs symptomatiquement semblables aux précédents, sont-ils es exemples de vraies pellagres? Ne sont-ils que des fausses ou pseudo-

et Costallat ont proposé des moyens hygiéniques d'extinction de l

PELVIENNE (Région). — *Voy.* Bassin.

PELVI-PÉRITONITE. — *Voy.* Péritonite.

PEMPHIGUS. — *Voy.* Bulleuses (Maladies) et Syphilide

PÉNIS. — Le pénis n'est pas affecté d'affections particulièr domaine de la pathologie interne; mais il est le siége de différ sont sous la dépendance de maladies diverses, et principalement rhagie ou de la syphilis. Le *coït* à lui seul détermine par qu'on peut être disposé à rapporter à une autre origine. Selon Parmentier (*Des Lésions du pénis déterminées par le coït*, 18 venir une *paraphimosis*, une *inflammation* des follicules d *déchirures* de la muqueuse qui recouvre le gland à sa base, d frein, de l'urètre ou des corps caverneux, des déchirures du n enfin une *apoplexie dans le bulbe de l'urètre*, lésion non enc

L'érection morbide du pénis est le principal signe du satyri sa flaccidité constante, avec l'absence de désirs vénériens dans d'excitation les mieux caractérisées, démontre l'impuissance. locales, on y rencontre l'*herpès* (*Voy.* p. 518), l'acare de la ga lades des hôpitaux), l'inflammation ordinairement symptomati (balanite), du gland (posthite), ou de la veine dorsale de la ver norrhagie), le phimosis, le paraphimosis, etc., que je me cont

PERCUSSION. — La percussion, à l'aide de laquelle o ciellement des résonnances accidentelles, a pour objet, comme autres méthodes physiques d'exploration, le diagnostic anatom sions organiques. On l'applique principalement à la poitrine Dans les autres régions du corps, à la tête, au cou, aux membre la percussion ne présente pas une utilité suffisante pour justif sauf dans quelques cas exceptionnels; je renvoie donc sur ce poi spéciaux publiés sur la matière. Je ne m'occuperai ici que de l

avoir la prétention de préciser à 1 millimètre près. Il y aurait également exagération à vouloir indiquer l'*épaisseur* même des organes; mais ce qui incontestable, c'est qu'il est permis de juger, par la percussion, de la densité ou moins grande des parties sous-jacentes aux points percutés, par le plus moins de résistance ressentie sous le doigt, ainsi que l'a signalé Corvisart.

Méthodes d'exploration. — Comme pour tout autre mode d'exploration, at que l'individu exploré soit, autant que faire se peut, dans une position enable. Qu'il soit debout, couché ou assis, l'essentiel est que les deux côtés poitrine soient dans des conditions semblables ou symétriques. On a fait rquer avec raison que la partie percutée peut sans inconvénient être recou- d'un vêtement léger, pourvu qu'il y soit uniformément étendu.

ne ferai pas l'historique des divers procédés de percussion depuis Avenger et Corvisart, qui pratiquaient la percussion immédiate; mais ils ont tamment parlé (quoique d'une manière incidente) de l'interposition de corps gers entre la poitrine et la main qui percute pour que la revendication de première soit aujourd'hui puérile. Comme application de cette idée de ssion médiate, sur laquelle Piorry a le mérite d'avoir particulièrement té, on a successivement employé comme corps intermédiaire : 1° la main quée à plat; 2° un seul doigt appliqué par sa face interne ou par sa face le et percuté sur sa face libre; 3° une plaque solide (en bois, ivoire ou), à laquelle Piorry a donné le nom de *plessimètre*, et qui porte des divimillimétriques; 4° un simple morceau de caoutchouc (Louis) maintenu qué sur la poitrine avec les doigts de la main gauche, tandis que les doigts main droite servent à la percussion; 5° enfin divers instruments tendant à bstituer au plessimètre, et dont un des plus ingénieux est le *plessigraphe* ster, qui a l'avantage de permettre de marquer, par des points noirs, les its où le son change (*Acad. de méd.*, 1864). On a aussi recommandé ne corps percutants des marteaux appropriés, qui ne sont pas généralement és dans la pratique.

s différents procédés de percussion *médiate* (la seule adoptée aujourd'hui), est le préférable? Il serait difficile de trancher la question pour les médedéjà familiarisés avec un de ces procédés qui, par cela même, est pour eux illeur. Mais il n'en est pas ainsi pour les débutants, qui ont à choisir entre ifférents procédés rappelés plus haut. Ils doivent savoir que l'application à de la main tout entière peut nuire à la production des résonnances en e temps qu'à la précision de leur siége; que le plessimètre, outre le désage de ne pouvoir s'appliquer toujours bien exactement sur les surfaces pers, au niveau des espaces intercostaux des sujets maigres, par exemple, nte le grave inconvénient que j'ai rappelé dans mes *Études sur les bruits rcussion* (*Arch. de méd.*, 1855) de produire un bruit accessoire résullu choc de percussion sur un corps dur, et qui domine les résonnances ciques légères; qu'il a en outre le désavantage de compliquer l'exploration ement, car il n'est aucun de ses résultats qui ne puisse être obtenu tout exactement en percutant sur le doigt. Le caoutchouc, en fragment seme à ceux qu'emploient les dessinateurs, a sur le plessimètre ordinaire l'age de s'appliquer toujours exactement sur les régions percutées et de ne onner lieu à un bruit de choc étranger à ceux que l'on désire obtenir. Mais loi du *doigt*, comme corps intermédiaire qui suffit à toutes les exigences, cède à aucun autre, ni pour la facilité d'application, ni pour l'aptitude avec lle il fait corps avec les parties à explorer, sans donner lieu à aucune sonotrangère. Il est préférable que la percussion ait lieu sur la face dorsale du

effet, par devenir plus ou moins douloureux si la percussion
répétée; on peut d'ailleurs y remédier facilement en passant à ce
en caoutchouc, qui reçoit immédiatement le choc sans nuire au
obtenu.

Quel que soit le procédé de percussion que l'on emploie, on
rement ou avec force, sans l'exagérer pourtant comme le font
teurs au niveau de la poitrine; car une pareille pratique, outre
quefois douloureuse, ne saurait conduire qu'à des résultats dont
contester la valeur.

Lorsque l'on constate par la percussion le volume ou les lim
d'une tumeur, d'un épanchement, il est souvent important de
manière précise s'il y a, les jours suivants, un progrès croissa
de la partie délimitée. Pour faire cette comparaison, il faut tr
non la configuration complète des organes, dont la vue peut e
cuper inutilement le malade, mais de simples traits ou points
aux extrémités des diamètres principaux ou dans les seuls p
d'indiquer plus manifestement les changements survenus. Ces
faire avec de l'encre, que l'on trouve partout et sur laquelle on
rement le crayon de nitrate d'argent si l'on veut fixer plus lon

3e *Signes.* — Pour bien juger des signes fournis par la per
trine dans les maladies, il faut se familiariser avec les résulta
poitrine saine. Les descriptions les plus minutieuses ne peuv
suppléer à cet exercice pratique. C'est principalement, en effe
son avec les résultats physiologiques que l'on peut bien app
pathologiques fournis par la percussion.

On doit considérer comme type normal ou moyen de la son
celle qui est produite par une percussion médiocrement forte
et le mamelon, chez un adulte bien portant, d'une force m
embonpoint modérés, sonorité dont la production s'accompa
degré d'élasticité sensible sous les doigts qui percutent. Cette
fiée de différentes manières dans les maladies avec lésions des
ques. Les signes anomaux qui en résultent se résument dans

:s sur la *matité*, qui conserve comme signe bien connu toute sa :. On admet dans la plupart des traités ex-professo que, outre ›n d'intensité de la sonorité (*matités*) ou son exagération (*son* ɛ), cette sonorité offre des modifications de timbre (*bruit de pot* ›*kodique* de la pleurésie, *son de bois*, etc.). Or, les sonorités dites , et celles à timbre anomal présentent la plus étrange confusion, à ce que l'on ne fait pas la part de la *tonalité*, simplement signalée mais qui doit occuper une large place dans la théorie comme ɛ clinique des signes fournis par la percussion. Je ne saurais :i sur la théorie de cette question, mais je ne puis m'empêcher de juer : 1° que les matités généralement admises sont des sonorités me l'a fait remarquer déjà Flint; 2° que les timbres anomaux admis ıent des résonnances aiguës, et que c'est à leur acuité qu'elles rs caractères particuliers; 3° enfin, que les signes fournis par les ɛ la tonalité peuvent se renconter isolés de ceux fournis par l'in- résonnances.

ı-t-on, comment distinguer si l'on a affaire à une lésion de tonalité ›le intensité? La réponse est facile. Il y a seulement différence de son entre deux régions correspondantes de la poitrine si, en .t de la même manière, on y constate une sonorité différente, et ›n puisse égaliser le son à droite et à gauche en percutant l'un des 'ortement ou plus légèrement que l'autre. On est sûr au contraire ɛ différence de *tonalité* si les caractères insolites du son persistent, ›it le degré de force ou d'atténuation de la percussion d'un côté t à l'autre. Je dois ajouter que les sons *aigus* et *graves* ont des 'acilement appréciables : les sons franchement aigus sont *durs*, *mme superficiels ;* les sons franchement graves sont au contaire *prolongés et comme profonds*.

it, d'après ce qui précède, que, pour bien établir les conditions des bruits de percussion thoracique, il faut recherher isolément 'ariations d'intensité et de tonalité, puisqu'elles peuvent se rencon- , en y joignant celles de la résistance ou de l'élasticité tactiles. Or, la ›t pas fixée d'une manière définitive sur cette importante question devoir soulever (*Loc. cit.*). Les conditions organiques des matités les sur lesquelles on soit d'accord, en tant que lésions anatomiques TÉ). — Mais on est loin de l'être sur les conditions organiques des s dites tympaniques. Jusqu'à ces derniers temps, on avait admis axiome cette proposition : que l'intensité des sonorités de percus- l'autant plus grande que la quantité d'air contenu dans les parties es était plus considérable. Les faits ont démontré que cette propo- bien loin d'être absolue (*Voy.* TYMPANISME). — Quant à la tonalité guë des résonnances de percussion thoracique, il est difficile d'en core les véritables conditions organiques. Cependant je crois avoir jue l'une des principales est précisément cette plus ou moins grande air contenue dans les organes et que l'on considérait à tort comme ıière des variations d'intensité des sons. Mais ce n'est pas là la seule variations de la tonalité, et le problème doit être considéré comme e à l'étude (*Voy.* MATITÉ, TYMPANISME).

:ussion de l'abdomen.

ı de la percussion au niveau de l'abdomen, dû à Piorry, et considéré ière générale comme procédé d'exploration, diffère seulement par

effet, par devenir plus ou moins douloureux si la percussion
répétée; on peut d'ailleurs y remédier facilement en passant à ce
en caoutchouc, qui reçoit immédiatement le choc sans nuire au
obtenu.

Quel que soit le procédé de percussion que l'on emploie, on
rement ou avec force, sans l'exagérer pourtant comme le font c
teurs au niveau de la poitrine; car une pareille pratique, outre
quefois douloureuse, ne saurait conduire qu'à des résultats dont
contester la valeur.

Lorsque l'on constate par la percussion le volume ou les limi
d'une tumeur, d'un épanchement, il est souvent important de
manière précise s'il y a, les jours suivants, un progrès croissan
de la partie délimitée. Pour faire cette comparaison, il faut tra
non la configuration complète des organes, dont la vue peut eff
cuper inutilement le malade, mais de simples traits ou points d
aux extrémités des diamètres principaux ou dans les seuls poi
d'indiquer plus manifestement les changements survenus. Ces t
faire avec de l'encre, que l'on trouve partout et sur laquelle on
rement le crayon de nitrate d'argent si l'on veut fixer plus lon

3° *Signes.* — Pour bien juger des signes fournis par la perc
trine dans les maladies, il faut se familiariser avec les résultats
poitrine saine. Les descriptions les plus minutieuses ne peuve
suppléer à cet exercice pratique. C'est principalement, en effet
son avec les résultats physiologiques que l'on peut bien appr
pathologiques fournis par la percussion.

On doit considérer comme type normal ou moyen de la sono
celle qui est produite par une percussion médiocrement forte e
et le mamelon, chez un adulte bien portant, d'une force mu
embonpoint modérés, sonorité dont la production s'accompag
degré d'élasticité sensible sous les doigts qui percutent. Cette s

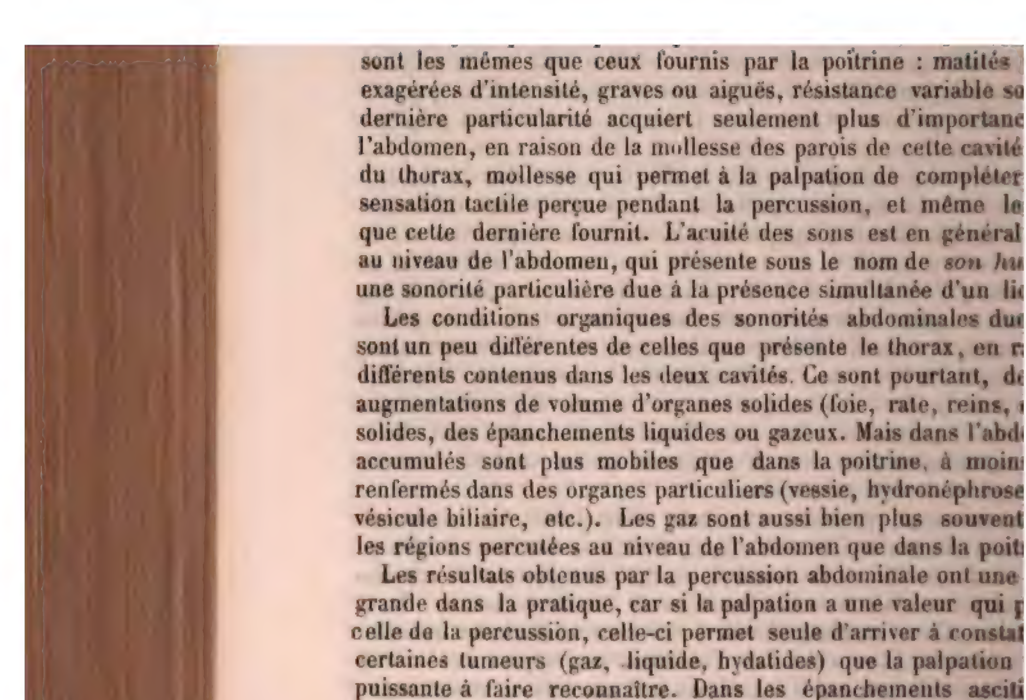
urs sur la *matité*, qui conserve comme signe bien connu toute sa ce. On admet dans la plupart des traités ex-professo que, outre tion d'intensité de la sonorité (*matités*) ou son exagération (*son ue*), cette sonorité offre des modifications de timbre (*bruit de pot skodique* de la pleurésie, *son de bois*, etc.). Or, les sonorités dites es et celles à timbre anomal présentent la plus étrange confusion, it à ce que l'on ne fait pas la part de la *tonalité*, simplement signalée , mais qui doit occuper une large place dans la théorie comme de clinique des signes fournis par la percussion. Je ne saurais ici sur la théorie de cette question, mais je ne puis m'empêcher de rquer : 1° que les matités généralement admises sont des sonorités mme l'a fait remarquer déjà Flint ; 2° que les timbres anomaux admis ment des résonnances aiguës, et que c'est à leur acuité qu'elles urs caractères particuliers; 3° enfin, que les signes fournis par les de la tonalité peuvent se renconter isolés de ceux fournis par l'in- s résonnances.

ira-t-on, comment distinguer si l'on a affaire à une lésion de tonalité aple intensité ? La réponse est facile. Il y a seulement différence é de son entre deux régions correspondantes de la poitrine si, en ant de la même manière, on y constate une sonorité différente, et on puisse égaliser le son à droite et à gauche en percutant l'un des fortement ou plus légèrement que l'autre. On est sûr au contraire ne différence de *tonalité* si les caractères insolites du son persistent, soit le degré de force ou d'atténuation de la percussion d'un côté rt à l'autre. Je dois ajouter que les sons *aigus* et *graves* ont des facilement appréciables : les sons franchement aigus sont *durs, comme superficiels ;* les sons franchement graves sont au contaire *, prolongés et comme profonds.*

çoit, d'après ce qui précède, que, pour bien établir les conditions s des bruits de percussion thoracique, il faut rechercher isolément variations d'intensité et de tonalité, puisqu'elles peuvent se rencon- s, en y joignant celles de la résistance ou de l'élasticité tactiles. Or, la est pas fixée d'une manière définitive sur cette importante question u devoir soulever (*Loc. cit.*). Les conditions organiques des matités ules sur lesquelles on soit d'accord, en tant que lésions anatomiques TITÉ). — Mais on est loin de l'être sur les conditions organiques des es dites tympaniques. Jusqu'à ces derniers temps, on avait admis axiome cette proposition : que l'intensité des sonorités de percus- d'autant plus grande que la quantité d'air contenu dans les parties ntes était plus considérable. Les faits ont démontré que cette propo- bien loin d'être absolue (*Voy.* TYMPANISME). — Quant à la tonalité aiguë des résonnances de percussion thoracique, il est difficile d'en ncore les véritables conditions organiques. Cependant je crois avoir que l'une des principales est précisément cette plus ou moins grande d'air contenue dans les organes et que l'on considérait à tort comme mière des variations d'intensité des sons. Mais ce n'est pas là la seule variations de la tonalité, et le problème doit être considéré comme ore à l'étude (*Voy.* MATITÉ, TYMPANISME).

rcussion de l'abdomen.

oi de la percussion au niveau de l'abdomen, dû à Piorry, et considéré nière générale comme procédé d'exploration, diffère seulement par


sont les mêmes que ceux fournis par la poitrine : matités
exagérées d'intensité, graves ou aiguës, résistance variable so
dernière particularité acquiert seulement plus d'importanc
l'abdomen, en raison de la mollesse des parois de cette cavité
du thorax, mollesse qui permet à la palpation de compléter
sensation tactile perçue pendant la percussion, et même le
que cette dernière fournit. L'acuité des sons est en général
au niveau de l'abdomen, qui présente sous le nom de *son hu*
une sonorité particulière due à la présence simultanée d'un li

Les conditions organiques des sonorités abdominales du
sont un peu différentes de celles que présente le thorax, en r
différents contenus dans les deux cavités. Ce sont pourtant, d
augmentations de volume d'organes solides (foie, rate, reins,
solides, des épanchements liquides ou gazeux. Mais dans l'abd
accumulés sont plus mobiles que dans la poitrine, à moin
renfermés dans des organes particuliers (vessie, hydronéphrose
vésicule biliaire, etc.). Les gaz sont aussi bien plus souvent
les régions percutées au niveau de l'abdomen que dans la poit

Les résultats obtenus par la percussion abdominale ont une
grande dans la pratique, car si la palpation a une valeur qui p
celle de la percussion, celle-ci permet seule d'arriver à constat
certaines tumeurs (gaz, liquide, hydatides) que la palpation
puissante à faire reconnaître. Dans les épanchements asciti
percussion pratiquée dans des positions différentes les révè
certaine.

III. **Percussion auscultatoire.**

Ce mode de percussion, ainsi nommé par Cammann et Clark
consiste à ausculter avec un *cylindre plein* au niveau d'un or
le percute en différents sens en s'éloignant ou se rapprochant

RFORATIONS. — Les perforations, de même que les ruptures, se rent à la question des COMMUNICATIONS MORBIDES. Les perforations se dis- nt des ruptures en ce qu'elles surviennent spontanément par le fait d'une tion ou d'une érosion des organes creux, par leur *usure* en un mot; tan- s les ruptures, ordinairement provoquées par des violences extérieures r une distension exagérée d'un organe ou d'une collection morbide, résul- 'une *déchirure* avec ou sans lésion préalable.

perforations ne sont pas des maladies, mais des accidents ou des compli- s survenant dans le cours d'un certain nombre d'affections. Je n'ai pas à uper de celles qui, grâce à des adhérences des séreuses, ne constituent s simples lésions anatomiques. Celles qui s'annoncent par des symptômes ntôt inattendues et tantôt prévues, ou plutôt reconnues possibles parce on a pu diagnostiquer d'abord l'existence d'une des lésions susceptibles produire. Dans les deux conditions, l'invasion des accidents de perfora- st ordinairement brusque. Ces accidents, plus ou moins graves, varient sui- que les liquides ou les corps qui traversent la perforation communiquent u au dehors.

— Parmi les perforations qui communiquent indirectement au dehors, -dire qui s'ouvrent dans les voies digestives, respiratoires, ou génito- res, je ne ferai qu'indiquer d'abord les *abcès*, les *anévrysmes* et les ons *cancéreuses;* ces lésions, en détruisant les tissus, perforent de dehors dans les organes internes que je viens de rappeler. Ces perforations don- lieu soit à des hémorrhagies graves ou mortelles, s'il s'agit de vaisseaux certain calibre, soit à des flux purulents par différentes voies. Un sentiment chirement interne, puis l'expulsion par les voies naturelles des produits hés, dont la composition indique souvent la source, s'observent habituelle- dans ce genre de perforation. La perforation des organes creux ouverts hors est opérée parfois par des collections purulentes éloignées, comme on pour des abcès abdominaux qui sont allés s'ouvrir dans les voies aérien- a perforation s'effectue quelquefois aussi par la peau ulcérée dans les cas egmons des organes internes se portant à l'extérieur, ou d'abcès intermé- s ouverts à la fois au dehors et dans les organes creux internes.

— Les perforations qui se font dans des cavités closes et qui peuvent être stiquées, s'effectuent le plus souvent dans les cavités séreuses. Elles s'an- it par les signes de l'inflammation subite de la séreuse qui reçoit les pro- panchés des organes, des lésions, ou des collections morbides qui l'ont e. Je renvoie aux mots HÉMORRHAGIES, PLEURÉSIE, PNEUMO-THORAX, RDITE et PÉRITONITE, pour le diagnostic des accidents alors observés. rappelé au mot RUPTURES les conditions particulières à ces communica- morbides, qui peuvent être considérées en certain nombre comme de véri- perforations.

RICARDE. — Cette séreuse, qui enveloppe exactement le cœur chez me sain, et qui par conséquent occupe la même région et la même éten- e cet organe (*Voy.* POITRINE), peut envahir un bien plus grand espace ugmentation du volume du cœur ou par le seul fait d'un épanchement a séreuse.

mi les *maladies* du péricarde que l'on peut reconnaître pendant la vie, on mpte que la PÉRICARDITE et l'*hydropéricarde*, peut-être aussi l'*hémor- e du péricarde* (p. 493). Les *adhérences* du péricarde produisent des locaux qui sont encore indéterminés. Nous les avons indiqués aux mots ENCES (p. 19) et PÉRICARDITE (p. 489). Les tubercules, le cancer, les kystes

Stokes, Leudet, etc.

1° *Éléments du diagnostic.* — Comme signes locaux, il e
leur parfois violente, plus souvent une douleur modérée ou u
la région du cœur (elle augmente par la toux et les grandes in
palpitations, et le décubitus sur le côté gauche); des *accès de*
battements du cœur assez souvent tumultueux, irréguliers,
tents; une *voussure précordiale* croissante et décroissante av
qui accompagne ordinairement la péricardite; une *matité p*
pant la région précordiale, pyriforme (à base inférieure), chan
de place suivant le décubitus à droite ou à gauche, s'étend
côté sur lequel se couche le malade (Piorry), et enfin, lors
médiocrement abondant, bien plus prononcée (ou prononcée s
le malade est assis que lorsqu'il est couché sur le dos (Bouilla
bruit respiratoire à la région précordiale, où l'auscultation
que des bruits du cœur éloignés et sourds, sans impulsion, ou
frottement (frôlement, bruit de râpe, de parchemin, de cuir
signes locaux il faut joindre : la *chaleur* fébrile, l'accélération
parfois irrégulier ou intermittent (dans les cas les plus graves)
médiocre, rarement des *éblouissements*, des *vertiges*, des
d'oreille, des *réveils en sursaut* précédant les accès noctur
bien plus rarement qu'on ne le croyait autrefois, des *syncop*
des cas très-graves, de l'*agitation* générale avec des *traits gri*
face, *air d'effroi*, *convulsions*, *délire*, *œdème* des membres
ques troubles digestifs peu importants peuvent accompagner la

2° *Inductions diagnostiques.* — Ces différents symptôme
l'ensemble de la maladie qu'à sa période d'acuité. La doule
lisée à la région précordiale, peut quelquefois, par son inten
grande valeur, sans que son augmentation par la pression d
costaux ait l'importance qu'on lui a attribuée. Mais cette doul

se présentent différemment, suivant qu'on examine le malade avant, pen- ou après l'épanchement.

— *Avant que l'épanchement se soit effectué*, la péricardite n'est souvent soupçonnée; car à l'exception d'une gêne précordiale, et de quelques bles dans les mouvements du cœur, le début est insidieux. Il est assez rare, fet, qu'il existe des frissons initiaux. Toutefois, si les troubles locaux, joints e augmentation du mouvement fébrile, se déclarent dans le cours d'un atisme articulaire, ils donneront une grande probabilité au diagnostic, et probabilité se changera en certitude, si, en même temps, on constate à la n précordiale un ou une sensation de *ement* plus ou moins , sensible à l'auscul- n et parfois à l'ap- tion de la main, frot- nt avec lequel il ne faudra pas confondre un souffle râpeux dû à une lésion laire du cœur (*Voy.* Frottement). Le bruit de frottement, combiné ou ux bruits du cœur, peut avoir un rhythme auquel on a attaché une grande rtance; c'est le bruit de *galop* ou de *rappel*, signalé par Bouillaud, et qui ste en trois bruits successifs caractéristiques.

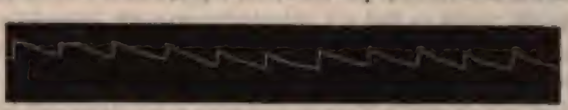


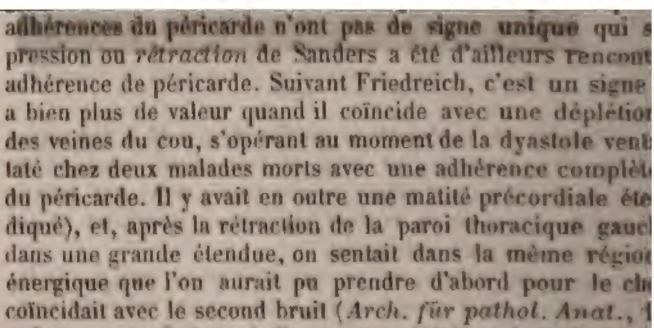
Fig. 190. — Tracé obtenu chez un malade atteint de péricardite aiguë.

— *Lorsque l'épanchement existe*, on en constate assez facilement les s : la voussure, la matité pyriforme et mobile, l'absence du bruit de frot- nt, l'éloignement et l'affaiblissement des bruits du cœur. Mais ces signes pas tous une égale valeur.

voussure précordiale, par exemple, n'a d'importance comme signe que u'on la voit apparaître avec la maladie, ou bien augmenter avec les progrès épanchement et diminuer avec sa décroissance; car si elle reste fixe, on la regarder comme une de ces saillies physiologiques qu'il est si fréquent ncontrer chez l'homme sain à la région précordiale (*Voy.* Inspection).

ant aux autres signes, il faut d'abord se rappeler qu'ils peuvent ne pas toujours perçus lorsque le malade est couché sur le dos. Lorsqu'alors il en effet, une médiocre quantité de liquide épanché dans le péricarde, la té caractéristique peut manquer, car le liquide se loge alors en arrière du r, et il peut y avoir un bruit de frottement précordial bien accusé, en même s que les battements et bruits du cœur peuvent être superficiels; au con- e, que l'on explore le malade assis, et les signes manifestes de l'épanche- t se montrent. Cette remarque, faite par Bouillaud, est d'une importance ale pour le diagnostic. La matité, dans les épanchements abondants, peut nter jusqu'à la première côte (Corrigan); elle peut refouler le poumon he en haut (Graves). Mais ce sont là des faits exceptionnels. Sans remonter haut, le liquide peut assez comprimer le cœur pour en affaiblir considéra- ent les contractions, et donner lieu à la production des signes de paralysie aque incomplète indiqués plus loin. C'est sans doute à cette compression, u moins à la gêne subie par le cœur, que l'on doit attribuer le peu d'am- de de la pulsation du pouls, comme dans le tracé de la figure 190, emprunté arey (*Physiol. de la circul. du sang*, 1863).

— *Lorsque l'épanchement péricarditique est résorbé*, il existe à la ace interne du péricarde des inégalités, des brides ou des adhérences com- s qui donnent lieu à des phénomènes particuliers qu'il est nécessaire de aître. Les rugosités persistantes et les adhérences incomplètes du péricarde etiennent un bruit de frottement ou de frôlement (ordinairement vers la



adhérences du péricarde n'ont pas de signe unique qui s
pression ou *rétraction* de Sanders a été d'ailleurs rencont
adhérence de péricarde. Suivant Friedreich, c'est un signe
a bien plus de valeur quand il coïncide avec une déplétion
des veines du cou, s'opérant au moment de la dyastole vent
taté chez deux malades morts avec une adhérence complèt
du péricarde. Il y avait en outre une matité précordiale éte
diqué), et, après la rétraction de la paroi thoracique gauc
dans une grande étendue, on sentait dans la même région
énergique que l'on aurait pu prendre d'abord pour le ch
coïncidait avec le second bruit (*Arch. für pathol. Anat.*, 1

La *marche* de la maladie a une rapidité extrême dans ce
secondaire; habituellement sa durée est de plusieurs sem
signes reconnaître que l'épanchement augmente ou dimi
progrès ou la diminution de la voussure et l'élévation grad
liquide observé par Hughes (*Lond. med. Gaz.*, 1844) et
du méd. prat.) sont des données utiles, mais elles ne s
que dans les épanchements abondants. La mensuration
mon avis, le meilleur moyen (comme pour les épanchem
suivre les progrès croissants ou décroissants de l'épanch
l'ai constaté.

Les *antécédents* étiologiques sont souvent d'une grande
gnostic de la péricardite. On n'oubliera pas que les trois
teints sont des hommes, qu'on rencontre la maladie à l'âge de
aussi bien qu'au-delà de cinquante ans, et surtout qu'elle es
Elle se montre assez souvent, en effet, dans le cours du r
laire; elle n'est pas très-rare non plus comme complication
niques du *cœur*. Burrows a signalé les *tubercules* comme
cardite (*Lond. med.-chir. transact.*, 1847), et Aran a ren

t. — La même difficulté ne peut exister entre la péricardite et la *nie;* car ici le symptôme douleur est le seul qui soit commun aux ctions. Ce n'est donc que tout à fait au début de la péricardite, ne s'an- ncore que par la douleur, que l'on pourrait croire à un rhumatisme re des parois thoraciques. — Une *pleurésie gauche* avec épanchement dant, présente une matité qui ne saurait être prise pour celle de la le. Il n'y a que dans le cas très-rare où l'épanchement pleurétique rait enkysté au niveau de la région précordiale que la confusion serait ainsi que cela est arrivé à Desault, qui ouvrit une collection semblable énétrer dans le péricarde. Mais dans les cas de cette espèce, il est que, de nos jours, la marche de la maladie et l'absence de signes els du côté du cœur lèveraient tous les doutes. Si d'ailleurs le cœur llé par l'épanchement pleurétique vers la droite du sternum, où l'on lors constater sa position superficielle, et la clarté de ses bruits avec de tout bruit de frottement, ces particularités ne sauraient exister upposition d'une péricardite. Le déplacement du cœur à droite, si dans les épanchements pleurétiques gauches abondants, me semble diagnostic différentiel de la péricardite et de cette pleurésie. Lorsque affections se développent simultanément, ce qui n'est pas très-rare, la iveau de la matité postéro-antérieure n'est pas régulière; elle s'infléchit pour remonter en avant comme en arrière, et enfin il existe du côté les signes fonctionnels et physiques qui ne peuvent échapper à l'at- - Une *tumeur intra-thoracique* solide qui se développerait au niveau n précordiale pourrait donner lieu à une matité complète qui n'en t qu'à un examen superficiel. La matité, en effet, ne présenterait pas ient la forme pyramidale de celle de la péricardite, et, de plus, le it repoussé latéralement, ou bien en arrière sous la tumeur, et cette ·irconstance, au lieu d'assourdir les battements du cœur, les renfor- contraire, et dès lors on ne pourrait croire à un épanchement dans le . — Reste enfin l'*hydropéricarde* non inflammatoire, qui présentera d'un épanchement liquide dans la séreuse, mais sans les autres symp- la péricardite, et au contraire avec des épanchements analogues à éricarde, dans les plèvres, le péritoine et le tissu cellulaire, épan qu'il sera ordinairement facile de rattacher à l'affection qui les pro- *r.* ANASARQUE). L'hydropéricarde pourra d'ailleurs être confondue ment avec l'épanchement de la péricardite chronique, mais encore dilatation excessive du cœur, avec amincissement de ses parois. ncontré un exemple de ce dernier genre, avec matité très-étendue et e battements et de bruits cardiaques, qui pouvaient faire parfaitement n épanchement dans le péricarde.

ımis une *forme* aiguë et une forme chronique de la maladie qui m'oc- orme chronique est d'autant plus obscure que la douleur manque sou- u'il existe assez fréquemment une affection concomitante du cœur, à n peut rapporter tout aussi bien qu'à la péricardite l'irrégularité du bouffissure de la face et l'anasarque. — Une forme très-importante à en ce qu'elle donne à la maladie une physionomie particulière en ıps qu'une haute gravité, c'est la forme *paralytique* qui a été bien r Jaccoud (*Leçon de clin. méd.*, p. 273, 1867). Il y a un amoindris- ntractile de la force du cœur, d'où : *diminution de l'impulsion* car- , suivant Stokes, *affaiblissement du premier bruit du cœur*, le se- nt à peu près normal; pouls devenant *intermittent* et *irrégulier*, ou

t. IV, 1855), par Margueritte (*Thèse*, 1862), Fernet (*Soc.*
enfin par Cornil (*Soc. de biol.*, 1864), ce qui donne à cette
d'un fait des mieux établis (*Voy.* NÉO-MEMBRANES).

Comme *complications* de la péricardite, on a signalé la pne
trophie du cœur (Hope), qui serait la conséquence des adhéren
l'organe. Mais on a reconnu que cette hypertrophie consécutiv
plus rare qu'on ne l'avait cru d'abord (*Voy.* p. 19). Une compl
plus grave de certaines péricardites serait, suivant Virchow, la
aiguë du cœur, rappelée tout à l'heure comme cause de paral
qu'il rattache à la propagation de l'inflammation aux fibres mus
a attribué à cette dégénérescence, dans un cas, une mort su
autre, la faiblesse et les intermittences du pouls (*Arch. für pat*
1858, t. XIII).

3° *Pronostic.* — La péricardite simple, apparaissant chez d
paravant bien portants, se termine constamment par la guér
survient au contraire comme complication, principalement d
rhumatisme articulaire, ou d'une maladie du cœur, la mort en
la conséquence. La forme paralytique, quelle que soit sa cause
la plus grave. Enfin la mort peut être précédée des phénomè
délirants qui ont été rappelés au début de cet article.

PÉRINÉPHRITE. — Cette inflammation du tissu cellul
des reins, qui se termine ordinairement par suppuration, se c
palement par une douleur plus profonde que dans le lombago,
plus tard par un bombement du flanc avec une sorte d'empâte
surtout en arrière, sans fluctuation manifeste. Si l'on ne don
pus accumulé, il peut fuser vers la fosse iliaque, ou vers l'arc
pancher dans la cavité péritonéale ou se faire jour dans l'in
dans les voies aériennes. L'inflammation s'étend quelquefois a
(au foie, à la rate, ou au poumon correspondant).

TONITE, les *épanchements* du péritoine, sanguins (*Voy.* p. 504) ou *séreux* *v.* ASCITE), des *collections purulentes* (ABCÈS), et les TUMEURS qui occu- l'épiploon ou les autres replis du péritoine. Les signes qui annoncent ces ions ont été exposés aux articles qui les concernent (*Voy.* aussi ABDOMEN).

RITONITE. — Cette affection, que le médecin est appelé à rencontrer fréquemment dans sa pratique, est tantôt aiguë et tantôt chronique.

Péritonite aiguë.

l'état aigu, l'inflammation du péritoine constitue une maladie qui peut dif- sous certains rapports, suivant les conditions dans lesquelles elle se pro- suivant sa cause, certaines particularités de sa marche, son siége, son ne. Mais dans ces circonstances variées, elle présente des caractères com- qui la font diagnostiquer comme péritonite, et sur lesquels je dois par même attirer d'abord l'attention; le diagnostic, en effet, doit, pour se com- r, partir du fait simple *péritonite* pour arriver ensuite à la détermination ormes et espèces de la maladie.

Éléments du diagnostic. — Le symptôme dominant de la péritonite aiguë jours une *douleur de ventre* plus ou moins vive, ordinairement localisée rd, puis envahissant l'abdomen tout entier, augmentant à la moindre pres- par les mouvements, même par ceux de la respiration, qui est difficile et supérieure. A cette douleur se joignent : l'*altération profonde des* (face grippée); des *nausées*, des *vomissements bilieux*, ordinairement douloureux, et parfois remplacés par de simples *régurgitations;* une *ano-* complète, une *soif* intense, de la *difficulté à uriner;* à une période plus sée, de la *constipation*, la *tuméfaction du ventre*, qui est sonore à la per- on, et parfois le siége d'une *matité mobile* (épanchement) *dans les par- déclives;* plus rarement, à l'auscultation et à l'application de la main, un ou une sensation de *craquement* ou de *frottement* (Bright); un *pouls* et accéléré, la sécheresse de la peau, de l'*agitation*, parfois du *délire*, et, les derniers temps, le *refroidissement* des extrémités, de la *prostration*, *ma.*

marche de la péritonite aiguë est toujours continue, et sa durée peut de moins de vingt-quatre heures et de plus de sept jours, lorsque la mort nt, ce qui arrive dans presque tous les cas où l'inflammation est très- ne.

Inductions diagnostiques. — La douleur abdominale augmentant à la dre pression, l'altération des traits, le ballonnement du ventre, les vomis- nts bilieux, la fréquence et la petitesse du pouls, sont les symptômes le fréquemment observés. Mais à part la douleur, qui est constante, la fré- ce et les caractères des symptômes peuvent varier suivant les circonstances e rappellerai tout à l'heure.

premier point à établir, comme je l'ai dit plus haut, est l'existence de la nite. Pour y arriver, on s'appuiera sur les signes dont il vient d'être ques- en se mettant en garde toutefois contre les causes d'erreur suivantes. — *umatisme des parois de l'abdomen*, lorsqu'il est intense et accompagné vre et de troubles gastriques (Genest, *Gaz. méd.*, 1832), pourrait être pris une péritonite. Mais dans le rhumatisme, la douleur, ressentie surtout ue l'on fait asseoir et recoucher le malade avec précaution, est limitée aux les atteints, ordinairement d'un seul côté, et la pression du ventre, d'abord ureuse, est diminuée par une pression plus profonde; tandis que, dans la nite, la douleur est générale et d'autant plus insupportable que la pression lus forte. — La *névralgie des parois abdominales*, dans les mêmes con-

cellulaire des fosses iliaques, qui débutent souvent d'une man
une douleur aiguë, et les phlegmons sous-péritonéaux des pa
sur lesquels Bricheteau (*Arch. de méd.*, 2e série, t. VI, p
Bernutz (*Arch. de méd.*, 1850) ont appelé l'attention (*Voy*
dernier cas, les troubles fonctionnels du tube digestif au d
dure, élastique et peu épaisse du phlegmon, sa matité superfi
profonde, et la fluctuation si la suppuration survient (Bernutz
l'idée d'une péritonite.

L'existence de la péritonite n'étant pas douteuse, ou présent
babilités, on en étudiera les commémoratifs, qui comprenne
dans lesquelles s'est développée la péritonite.

L'*influence du froid*, l'*ingestion de boissons froides* l
sueur ont été indiquées comme causes de la péritonite simp
primitive : forme extrêmement rare de la maladie, que l'on n
même, admettre toujours qu'avec la plus grande réserve, en c
données diagnostiques insuffisantes les influences étiologiques
rappeler.

Presque toujours, en effet, la péritonite est secondaire et s
à la suite de *violences extérieures* ou de *plaies pénétrant*
(péritonite traumatique), soit dans le cours de nombreux ét
qu'il importe de bien connaître.

En dehors de la péritonite spontanée ou traumatique, on
affaire soit à une péritonite *puerpérale*, soit à une péritonite
ou par rupture, soit enfin à une péritonite *par extension d*
tion voisine.

a. — La *péritonite puerpérale* n'est qu'un élément de la
(*Voy.* ce mot), et je ne la rappelle ici que pour signaler, da
gravité extrême des symptômes de la péritonite, l'absence ou l
la sécrétion lactée (suivant l'époque plus ou moins rapproché

tonite ne soit due à une large rupture de l'estomac, par l'altération des traits se produit très-rapidement, par l'attitude des malades qui les fait se pelo-ter sur eux-mêmes et redouter le moindre mouvement, par des frissons liers, etc. Parfois, suivant la remarque de Louis, les principaux symptô-peuvent diminuer et les malades sont bientôt sans crainte, mais alors d'au-phénomènes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité : les restent grippés, les nausées et les vomissements continuent, ou bien la sans être profondément altérée, est pâle et violacée, et les frissons sont nels.

conditions pathologiques des péritonites par perforation sont très-nom-es. Ces perforations peuvent être produites : par des ulcères simples ou reux de l'*estomac*, par des érosions de l'organe dues à des caustiques de cuivre) ou par sa rupture; par des ulcérations de l'intestin (affection de, gangrène, phthisie, carcinome, etc.); par des ulcérations, ou par des res suites de distensions extrêmes des conduits urinaires ou des conduits res (d'où un calcul peut passer dans la cavité péritonéale); par des ruptures ppendice iléo-cœcal, condition fréquente de péritonite que nous avons étu-lleurs (*Voy*. Cœcum); par des ruptures d'abcès ou de collections apo-formes d'organes solides (du foie, de la rate); par des ruptures d'anévrys-d'abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal, de kystes hydatiques, de tions sanguines, purulentes ou autres, occupant le bassin et même l'inté-de la poitrine (pleurésie diaphragmatique). Lorsque le liquide épanché est ng, les signes de l'hémorrhagie interne se joignent à ceux de la péritonite, rs, tantôt la mort est rapide, tantôt au contraire le malade guérit par suite enkystement du sang, comme on le constate dans l'hématocèle (*Voy*. E).

ns ces circonstances très-diverses, la constatation préalable des maladies s lésions qui peuvent se compliquer de rupture dans le péritoine, telles affection typhoïde, la distension des voies biliaires, les abcès, certaines ons chroniques ulcéreuses, la distension extrême de la vessie, etc., peut prévoir quelquefois, et expliquer toujours, l'apparition de la péritonite par ration ou rupture. Mais il n'en est pas constamment ainsi; car on voit des s, latentes jusque-là, se manifester tout à coup par l'invasion d'une péri-semblable. D'un autre côté, on peut rencontrer la péritonite suraiguë la maladie de Bright, ainsi que j'en ai signalé un exemple (*Soc. des hôpit.*,), et suivant certains observateurs, on verrait apparaître quelquefois, ment dans le cours de la fièvre typhoïde, une péritonite avec tous les tères apparents d'une péritonite par perforation, et notamment l'invasion , sans que la perforation existe réellement. Ce sont là des faits exception-cependant il ne faut pas les perdre de vue, en raison du pronostic favora-ui pourrait être porté dans les cas de cette espèce, dans la fièvre typhoïde. cuté ces faits au mot Typhoïde (Fièvre).

— La *péritonite par extension de l'inflammation* a pour point de dé-l'inflammation aiguë d'un organe voisin du péritoine, celle du péritoine lui-e au niveau de l'étranglement d'une hernie, ou enfin l'inflammation qui lique une affection organique des organes abdominaux. Quelquefois la onite est générale, comme celle dont il a été précédemment question, et on la voit se développer rapidement après avoir débuté dans le point ma-; mais le plus souvent la péritonite par extension de l'inflammation est celle. Elle ne se manifeste fréquemment que par des douleurs vives, sur-à la pression, ou seulement plus vives que celles qui pouvaient exister déjà,

tres signes, est caractérisée par une douleur spontanée rare que la pression augmente; mais s'il survient une péritonite, ce une acuité beaucoup plus grande, la pression même légère de ble à son niveau, les mouvements l'augmentent, en même ten tômes généraux peuvent présenter une aggravation sensible. plus tranchée encore s'il s'agit d'une affection chronique qu s'accompagne que de douleurs sourdes, tandis que la douleur toujours une certaine intensité; et si cette douleur persiste plu heures, il n'y a aucun doute sur l'existence de l'inflammation

Il est aujourd'hui reconnu que, *chez l'enfant*, de même qu péritonite, générale ou locale, est le plus souvent secondaire, tômes n'ont rien de bien particulier dans le jeune âge. Cepen veau-né, la maladie est ordinairement la conséquence de la *phl* et elle s'accompagne de l'érysipèle du tronc (Thore). Chez les le diagnostic différentiel présente cette particularité que l'*invagination*, plus fréquemment observées à cet âge qu'i été prises pour des péritonites. Dans deux cas de tympanite thez et Rilliet, les cris, la face grippée, la tension extrême du sibilité avaient induit en erreur. Quant à l'invagination, les syn avec la péritonite sont les vomissements, la constipation, la Les différences sont : pour l'invagination, l'extrême fréquence et leur nature assez souvent stercorale, l'opiniâtreté de la co mittence des coliques du ventre et l'insensibilité à la pression les; pour la péritonite, la rareté des vomissements qui sont une constipation peu opiniâtre, la continuité de la douleur et lité du ventre à la pression. Lorsque les vomissements stercor peut n'y avoir que des nuances entre ces symptômes, et avouent qu'ils ont rencontré des cas où le doute entre les deux

-ur péri-utérine, qui a été décrite à tort sous la dénomination de *phlegmon* -*utérin* selon Bernutz et E. Goupil, phlegmon qui n'est qu'une *pelvi-péri*-*e* (*Voy.* PHLEGMONS).

n'ai rien à ajouter à ce qui précède relativement au *degré* d'intensité de -ritonite; mais il n'en est pas de même, soit des *lésions* qui la produisent, -es formes de la maladie.

-y a une *lésion péritonéale* particulière à laquelle se rattache la péritonite tuberculeuse, considérée comme effet de la phthisie aiguë. Ce sont des -ulations, généralement considérées comme une manifestation de la diathèse -culeuse, mais dont Empis a fait l'expression d'une maladie aiguë particu- -en lui donnant la dénomination de *péritonite granulique* (*Voy.* GRANULIE). forme de péritonite, à début fébrile, très-bien étudiée par Empis comme -lie aiguë, et qui est pour nous la péritonite aiguë tuberculeuse ou des tuber- -s, peut simuler une *fièvre typhoïde* ou même une *péritonite par perfora*- Hemey (*De la Péritonite tuberculeuse*, Thèse de doct., 1867) y ajoute l'é- -lement interne et certaines entérites, mais ici les différences sont profondes. ne saurais omettre de rappeler, comme *complication* de la péritonite ai- -non tuberculeuse, la perforation des parois abdominales à travers une -ture phlegmoneuse spontanée, fait exceptionnel observé par Aldis chez petite fille de sept ans (*Lond. med. Gaz.*, 1846), et par Bonamy (de -s), chez un adulte qui présenta de plus une perforation du diaphragme due à -me cause (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII). Il peut en outre résulter des consé- -ces graves de la formation d'adhérences ou de brides intra-abdominales dans -s de guérison. Dans le bas-ventre, où la péritonite partielle est si fréquente -la femme, par suite des maladies de son appareil génital, les adhérences -nt, en effet, produire des désordres dont il est important de connaître le de départ. Certaines déviations de l'utérus, suites de pelvi-péritonites, -dues à ce que le fond de l'organe est maintenu et comme soudé dans sa -ion anomale : condition essentielle à connaître pour ne pas alors violenter -ne dans le but de le redresser. La simple adhérence d'une anse intestinale la profondeur du bassin donne quelquefois lieu à l'engouement de l'in-, comme Cossy l'a démontré; et enfin des brides accidentelles, dues aussi - péritonite antérieure, sont assez fréquemment des causes d'étranglements -OCCLUSION INTESTINALE, de même que des adhérences de l'appendice iléo- - ou d'autres diverticules de l'intestin dues à des péritonites partielles. Ces démontrent la nécessité de rechercher la péritonite comme antécédent lors- -e présentent au praticien les maladies que je viens de rappeler.

Pronostic. — La péritonite doit être jugée d'une manière bien différente -nt qu'elle est locale ou généralisée, et suivant sa cause. La péritonite locale -mine le plus souvent par la guérison, tandis que, lorsqu'elle est plus ou -s généralisée, c'est au contraire la mort qui en est la terminaison la plus -aire. La péritonite par perforation est aussi presque constamment funeste; -dant il dut être admis que la guérison survient dans des faits exception- avec étroitesse de l'ouverture accidentelle et lorsque des adhérences limi- -apidement le foyer inflammatoire à un petit espace. Il reste alors quelque- une tumeur due aux adhérences péritonéales et dont les antécédents -nt révéler la nature. C'est ce que j'ai diagnostiqué chez un jeune homme à Cochin pour une tumeur indolente de la fosse iliaque droite, et qui eu, huit mois auparavant, des signes de péritonite par perforation. La , survenue par suite d'une variole grave, permit de vérifier la perforation -e de l'appendice cœcal.

été question à l'état aigu, et qui sont souvent chroniques,
comme étant habituellement de nature tuberculeuse et, exce
cancéreuse.

1° *Éléments du diagnostic.* — On considérait généralem
chronique des tuberculeux comme ayant dès le début une év
graduelle, sans fièvre initiale. Hemey croit l'invasion fébrile
tuelle, et un interrogatoire suffisant permettrait de la recon
Quoi qu'il en soit, le premier symptôme de cette péritonit
l'*augmentation de la sonorité et du volume du ventre*, d'où
des vêtements, ou bien une *douleur abdominale* spontanée, p
universelle, augmentant par la pression et la percussion, et p
niveau des parois, du péritoine, ou des intestins. Plus tard, ap
temps variable, surviennent une *fluctuation* temporaire et un *m*
sistant. Dans le cas où il s'est montré au début, sans épancheme
météorisme diminue au bout d'un certain temps, et *les circonv*
testin se dessinent à l'extérieur, en même temps que l'abdom
stant. C'est en l'absence de l'épanchement que l'on peut percevoi
le bruit de frottement et les *craquements* dont il a été questi
péritonite aiguë. Les *nausées* et les *vomissements* sont rares.
fin, et à moins que la péritonite ne devienne aiguë, le *ma*
extrême. Dans certains cas, le ventre est constamment *indol*
pression, et n'offre pour tout symptôme qu'un excès de volum
degré de fluctuation, l'urine n'étant pas albumineuse et le mal
éprouvé, jusque-là, les symptômes d'une maladie organique
Du côté de la poitrine ou des autres organes, tantôt il existe de
de phthisie pulmonaire, et tantôt ces signes sont douteux ou n
très-rares, il existe vers l'abdomen des signes d'un cancer.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic consiste d'a
l'existence de la péritonite chronique, puis à en déterminer l'o

ondément altérées, doivent mettre sur la voie du diagnostic; que la péri-te cancéreuse est beaucoup moins fréquente que celle due aux tubercules; fin que les tubercules et le cancer se développent bien rarement chez les es sujets (*Rech. sur la phthisie*, 2e édit., p. 272).

pendant, en dehors de ces faits, il en est dans lesquels la péritonite chro-e est indépendante des tubercules et du cancer; ce sont principalement les péritonites *chroniques* (*Voy.* PHLEGMONS péri-utérins). Quant aux périto-latentes qui s'annoncent sur le cadavre par des adhérences plus ou moins ées sans signes particuliers pendant la vie, je n'ai pas à m'en occuper, leur nostic n'étant pas possible. Hemey a traité très-longuement dans sa thèse du nostic différentiel de la péritonite chronique avec les *kystes de l'ovaire*, la rculisation des organes génitaux de la femme, les *collections purulentes* s-ventre, la *phthisie mésentérique*, les différentes affections caractérisées e développement anomal de l'abdomen, la *syphilis viscérale* et la *cirrhose*. it de cette énumération pour rappeler les difficultés nombreuses de dia-tic qui peuvent se présenter. Ce ne sont pas cependant les seules. On peut ndre en effet une péritonite chronique compliquant la maladie de Bright une *ascite*, comme j'en ai rapporté un exemple, dans lequel la ponction, onna issue à une sérosité purulente, fut suivie de la guérison de la péri-, dont les traces furent manifestes plus tard, après la mort due à la ma-principale.

Pronostic. — Il est presque toujours très-grave, malgré la longue durée maladie dans certains cas. Cependant on a constaté des faits de guérison, lorsque la péritonite était manifestement liée à l'existence d'une tu-lisation pulmonaire; Louis m'a dit en avoir observé deux exemples. communiqué moi-même à la Société des hôpitaux (février 1865) le fait guérison de péritonite chronique compliquant la maladie de Bright et j'ai parlé tout à l'heure.

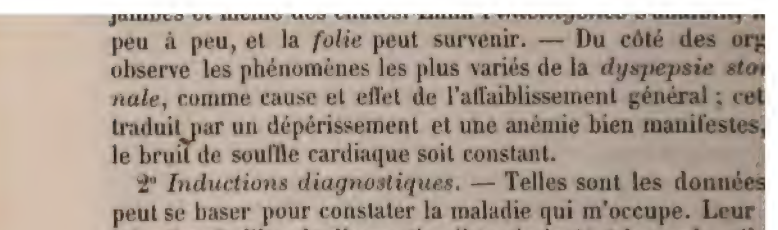
RNICIEUSES (Fièvres). — *Voy.* INTERMITTENTES (affections).

RTES SÉMINALES. — L'écoulement involontaire du sperme n'est igueur qu'un symptôme, la *spermatorrhée*; mais il résulte de cet écoule-involontaire répété des symptômes plus ou moins graves qui constituent la spermatorrhée une véritable maladie, comprise sous la dénomination de *séminales involontaires*, et qui a été étudiée principalement par Lalle-(1836-1842).

Éléments du diagnostic. — Les pertes séminales sont, on le conçoit, le tôme pathognomonique de la maladie. Elles surviennent successivement de ntes manières avec l'aggravation de la maladie : il peut y avoir des *pol-s nocturnes* fréquentes, provoquées ou non par des rêves érotiques, avec on et sensation voluptueuse, ou sans érection ni plaisir; les pollutions nt devenir *diurnes* avec érection, puis sans érection; le plus léger frotte-ou même un simple désir, le voisinage d'une femme ou la vue d'un objet suffisent pour provoquer l'éjaculation. Le sperme s'écoule même quel-is en bavant, sans érection; enfin, cet écoulement a lieu aussi *pendant fécation et la miction*, vers la fin de ces deux actes, chez les sujets le gravement atteints.

mpuissance est très-fréquente, même avant que la maladie soit avancée. rganes génitaux présentent un état remarquable de *flaccidité* et de se.

mi les symptômes généraux que produisent ces pertes involontaires, les *les de l'innervation* sont les plus nombreux et les plus importants. Ce



jambes et même des chutes. Enfin l'intelligence s'affaiblit, peu à peu, et la *folie* peut survenir. — Du côté des org observe les phénomènes les plus variés de la *dyspepsie stom nale*, comme cause et effet de l'affaiblissement général ; cet traduit par un dépérissement et une anémie bien manifestes, le bruit de souffle cardiaque soit constant.

2° *Inductions diagnostiques.* — Telles sont les données peut se baser pour constater la maladie qui m'occupe. Leur loin d'en faciliter le diagnostic ; il tend plutôt à le rendre d'a que l'on soupçonne moins l'existence des pertes séminales. effet, que les troubles nerveux si variés qui en sont la cons signes qui fixent d'abord l'attention du médecin, et qu'il n arrive trop souvent, de s'enquérir des troubles qui peuvent organes génitaux. Il en est alors des pertes séminales involon glycosurie, quand on ne songe pas à rechercher la présence du

Il est vrai que l'écoulement involontaire de la semence, si que qui donne l'explication de tous les autres, est un fait qu s'offrir de lui-même en quelque sorte au praticien, puisque l constaté sur le malade ou sur son linge, et que le patient lui-m spontanément ses pollutions nocturnes ou diurnes. Cependa aussi que les pertes séminales qui s'effectuent après la défé surviennent sans être précédées de pertes nocturnes ou di elles n'attirent pas l'attention du malade, et il ne consulte p que par suite de l'inquiétude que lui causent, non ces perte les troubles généraux qui en résultent, les troubles nerve surtout. L'infécondité et l'impuissance sont quelquefois aus qui le font recourir au médecin. Dans ces cas les plus obscu sur la voie du diagnostic qu'autant que l'interrogatoire et l'e réveillent l'idée des pertes séminales involontaires ; et alo le malade accuse lui-même l'écoulement spermatique, la faire est de s'assurer : 1° qu'il y a réellement des pertes sém son tinvolontaires.

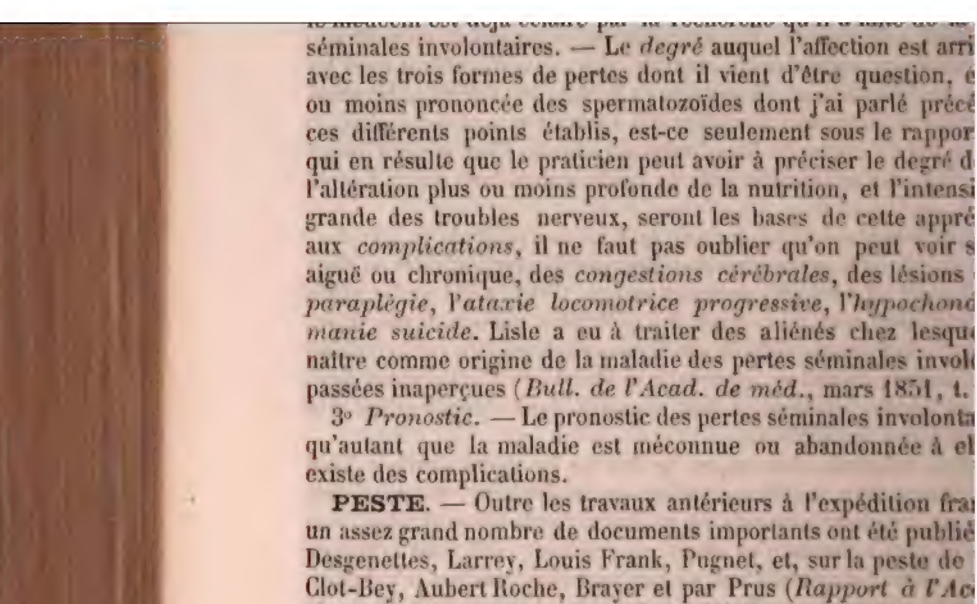
a l'absence du liquide ou des taches en question, on retrouve le même e, les animalcules spermatiques, *dans le dépôt des urines*, que l'on peut miner de la même manière, après avoir décanté doucement le liquide urie et en avoir recueilli la couche la plus inférieure. — Si les pertes séminales lieu à la fin de la défécation ou de la miction, la quantité du liquide suspect est dre que dans le cas précédent, parfois son odeur n'est plus caractéristique ou elle offre une certaine fétidité, en sorte qu'il peut se faire que cet écoulene soit pas du sperme. Pour s'en assurer, on recommande au malade, comme seille Lallemand, de recueillir une goutte du liquide visqueux qui sort de tre, et de la laisser sécher; délayée dans un peu d'eau, la partie concrète toujours facilement, par l'examen microscopique, même après un temps long, des animalcules plus ou moins déformés, mais toujours reconnaiss, si l'on a affaire à du sperme. Les spermatozoïdes manquent au contraire sont des mucosités provenant de la prostate, mucosités s'écoulant dans les s conditions de défécation ou de miction (à la suite de certaines blennores, par exemple) et présentant d'ailleurs des caractères analogues d'aspect viscosité. Il en est de même du liquide des glandes de Méry ou de Cowper t très-filant et qui donne leur viscosité au sperme aussi bien qu'au liquide tique.

faits sont essentiels à connaître; mais ce qu'il ne faut pas oublier non plus, e l'on peut trouver des spermatozoïdes dans ces derniers liquides ou dans s, *sans qu'il y ait de véritable spermatorrhée*. C'est ce qui arrive après dans les conditions normales, après des pollutions nocturnes non mor-, et même après l'expulsion difficile de fèces endurcies. On voit combien difficile de s'assurer du fait en apparence si simple de l'écoulement mor- du sperme, et quelle attention il faut apporter dans l'appréciation des s propres à résoudre le problème.

r supposant cette solution obtenue, et le fait de la spermatorrhée bien nt, comment reconnaître si elle est réellement involontaire? On peut avoir , en effet, à un sujet qui *simule la maladie* par la masturbation, soit séjourner à l'hôpital, comme j'en ai vu un exemple, soit pour échapper rvice militaire. Mais, en pareils cas, soupçonner la simulation, c'est pres-l'avoir reconnue, car une surveillance convenable, l'impossibilité pour le de justifier d'une perte diurne réelle et une observation très-attentive ent nécessairement par faire découvrir la simulation.

éléments *étiologiques* viennent quelquefois compléter le diagnostic. On alé comme causes : une *constitution* grêle et une susceptibilité nerveuse ncée; l'habitude de la *masturbation* et les *excès* vénériens de tout ; la *blennorrhagie* ; les diverses *affections irritatives du rectum*, les rrhoïdes, les *vers intestinaux*, et surtout la *constipation* agissant par ssion exercée par les matières fécales sur la prostate et les vésicules sémi-. Trousseau (*Clinique médicale*) admet des spermatorrhées dépen-d'un *excès de contractilité* des vésicules séminales, et d'autres d'une des conduits *éjaculateurs*. — L'évolution ou la marche de la maladie, t essentiellement chronique et longue, ne présente pas d'autre parti-té utile au diagnostic.

l'on excepte les cas dans lesquels on peut prendre pour du sperme un écoulement s'effectuant par l'urètre, il n'y a pas d'affection avec laquelle isse confondre les pertes séminales involontaires. Cela ne veut pas dire l'on ne croie pas très-souvent à une autre maladie lorsque ces pertes sémi-s involontaires existent; car, outre les troubles intellectuels, il n'est pas


séminales involontaires. — Le *degré* auquel l'affection est arri
avec les trois formes de pertes dont il vient d'être question, é
ou moins prononcée des spermatozoïdes dont j'ai parlé préc
ces différents points établis, est-ce seulement sous le rappor
qui en résulte que le praticien peut avoir à préciser le degré d
l'altération plus ou moins profonde de la nutrition, et l'intensi
grande des troubles nerveux, seront les bases de cette appré
aux *complications*, il ne faut pas oublier qu'on peut voir s
aiguë ou chronique, des *congestions cérébrales*, des lésions
paraplégie, l'*ataxie locomotrice progressive*, l'*hypochon*
manie suicide. Lisle a eu à traiter des aliénés chez lesqu
naître comme origine de la maladie des pertes séminales invol
passées inaperçues (*Bull. de l'Acad. de méd.*, mars 1851, t.

3° *Pronostic*. — Le pronostic des pertes séminales involonta
qu'autant que la maladie est méconnue ou abandonnée à el
existe des complications.

PESTE. — Outre les travaux antérieurs à l'expédition fra
un assez grand nombre de documents importants ont été publié
Desgenettes, Larrey, Louis Frank, Pugnet, et, sur la peste de
Clot-Bey, Aubert Roche, Brayer et par Prus (*Rapport à l'Ac*
la peste et les quarantaines, Paris, 1846).

1° *Éléments du diagnostic*. — Ils sont généraux ou locaux
nombre de cas, la maladie débute par des *phénomènes génér*
situde extrême, frissons irréguliers suivis de chaleur sèche, a
pouls, qui est en même temps petit et misérable; stupeur,
yeux rouges et hagards, céphalalgie, éblouissements, vertiges,
dement considérable, station et marche impossibles; insomnie
effrayants ou visions, ou bien coma; assez souvent délire var

es rouges analogues à des piqûres de puce, se montrant principalement sur parties découvertes, s'agrandissant et devenant le siége de vésicules, de phlyc-s, d'induration et de gangrène; 3° l'*anthrax*, variété de charbon qui débute le plus larges taches très-douloureuses, occupant ordinairement les épaules, s ou les aines; 4° enfin des *plaques érysipélateuses* et surtout des *pété-* de 1 à 5 millimètres de diamètre, discrètes ou confluentes, tant alors sont nombreuses, rosées, violettes ou noires, ne disparaissent pas sous la sion. — C'est ordinairement lorsque ces phénomènes se montrent vers la que les accidents généraux acquièrent toute leur intensité, et que l'on les traits s'altérer de plus en plus, la face devenir anxieuse, animée, les t brillants, l'ouïe difficile, et se déclarer parfois des *mouvements convul-* des soubresauts de tendons, de l'*aphonie*, du *hoquet*, une *dyspnée* plus ncée, l'irrégularité, la petitesse, puis l'insensibilité du *pouls*, des *sueurs* uses, des *syncopes*, des *pertes de sang* par différentes voies et des *excré-* très-fétides, qui précèdent ordinairement la mort.

Inductions diagnostiques. — Lorsque l'on constate l'ensemble de ces omènes, on ne saurait douter de l'existence de la peste, surtout si on les ve dans les contrées où se déclarent habituellement les épidémies de cette ie.

xistence connue d'une épidémie de cette espèce, on le conçoit, favorise mment le diagnostic. Cependant, au début même de l'épidémie, le dia-ic ne saurait être douteux comme pour la fièvre jaune, car l'intensité des omènes généraux, la prostration, la stupeur, auxquelles se joignent des s, des charbons à marche rapide et des pétéchies, ne permettent guère de ndre la peste avec aucune autre maladie. Il en serait de même dans les où ces phénomènes extérieurs ouvriraient la marche de la maladie ou en titueraient les seuls symptômes. Mais on a observé des faits dans lesquels ccidents sont incomplets, et où, par exemple, ils sont réduits aux phéno-s fébriles sans bubons ni charbons caractéristiques (Clot-Bey). Or, si l'on ntre des cas sporadiques de ce genre, la méprise est inévitable, à moins l'on n'observe dans les contrées de prédilection de la peste : en Égypte, yrie, dans les deux Turquies, dans les régences de Tripoli, de Tunis, au c.

symptôme indicateur de l'invasion encore obscure d'une épidémie de existerait, suivant Prus, dans les douleurs que les personnes antérieure-affectées de la maladie éprouvent fréquemment au niveau de leurs cica-s de bubons ou de charbons, *pendant* ou même *avant* une épidémie nou-. La valeur de cette opinion aurait besoin d'être contrôlée par un nombre its suffisants; et d'ailleurs il peut ne pas exister dans le pays d'individus fois affectés et guéris avec des cicatrices.

faut tenir compte dans le diagnostic de l'évolution aiguë et parfois très-le de la peste, qui peut entraîner la mort en quelques heures, mais qui rolonge en moyenne pendant cinq ou six jours, et quelquefois pendant deux septénaires. La convalescence est toujours longue en cas de guéri-

us (*Rapport à l'Acad. de méd.*, 1846) a signalé comme causes particu-s (dont la constatation éclaire plus ou moins le diagnostic) l'*habitation* sur terrains d'alluvion ou marécageux, un *air chaud et humide*, de *mauvaises itions hygiéniques*, l'*infection* miasmatique provenant d'un malade ou foyer d'infection, mais non le contact, comme on l'a cru longtemps. Enfin émotions morales vives, les excès, les grandes fatigues, ont paru prédisposer

la paralysie d'un sens ou celle d'un ou de plusieurs membres

3° *Pronostic.* — J'ai à peine besoin de dire que la pest des plus graves; cependant il ne faut pas la croire toujours m tue parfois d'une façon presque foudroyante et qu'elle soit fr de la terminaison fatale lorsque les symptômes sont graves, i nombre qui sont suivis de guérison, sans que l'on puisse éta de ces différents faits, qui varie selon les épidémies. L'intensit généraux, la décomposition des traits, la multiplicité des bub gangréneux, les syncopes, la prostration extrême, les convul sement du corps, les urines sanguinolentes, annoncent une m contraire, dans le petit nombre de cas où l'issue doit être he tômes généraux s'amendent, les bubons se résolvent ou supp lieu à la sortie d'un pus de bonne nature, les eschares gang nent, et le malade revient très-lentement à la santé, à mo affecté des accidents nerveux dont j'ai parlé tout à l'heure. finissant que, dans la peste, il est difficile d'établir d'une n gravité pronostique de tel ou tel symptôme, attendu qu'un comme favorable dans une épidémie peut devenir pernicieux épidémie.

PÉTÉCHIES. — On a ainsi désigné des taches rouges, p lacées, ordinairement très-petites, analogues à celles des p comme ponctuées, et qui sont dues à l'extravasation sous-épid Elles ne disparaissent pas momentanément sous la pression du TACHES rosées lenticulaires, avec lesquelles on les confond as

Les pétéchies se rencontrent comme symptômes ou épiphéno giques d'un grand nombre de maladies : dans le *purpura*, *scorbut*, les *fièvres graves*, les *cachexies;* elles constituent u signes de la *peste*.

PHARYNGITES. — Les études anatomo-pathologiqu

arence si compliqué des diverses espèces de pharyngites, en renvoyant au
t ULCÉRATIONS ce qui concerne les pharyngites ulcéreuses.
. **Pharyngites aiguës.**
orsque la pharyngite constitue une maladie aiguë, on peut avoir affaire à la
ne simple ou inflammatoire, ou bien à une pharyngite spéciale.
. — *Pharyngites inflammatoires.*
orsque l'inflammation est légère, outre la gêne douloureuse éprouvée au
au du pharynx au moment de la déglutition, on ne constate à l'inspection
ne *rougeur* et une *tuméfaction* superficielles et peu prononcées au niveau
l'isthme guttural ou des amygdales. La fièvre est nulle ou à peine marquée
t le début. — C'est alors une affection très-bénigne, que le plus souvent le
lecin n'est pas appelé à constater.
armi les *pharyngites intenses*, je range toutes les angines gutturales fran-
ment inflammatoires, qui s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins pro-
cée, ouvrant la scène dans un assez grand nombre de cas, et de signes lo-
t plus graves que dans l'espèce précédente, quoique la mort n'en soit pas
airement la conséquence.
es amygdales, leurs piliers et le voile du palais présentent une *rougeur* et
tuméfaction plus ou moins considérables, et qui sont ordinairement plus
oncées au niveau des tonsilles, qui repoussent alors les piliers et font saillie
ois au point de se toucher et d'empêcher l'inspection de la partie profonde
pharynx. Ces organes présentent fréquemment des *points jaunâtres* formés
une matière caséiforme sécrétée dans les lacunes des amygdales et qu'il
bien se garder de considérer comme des concrétions pseudo-membra-
ses; il en est de même de la couche muco-purulente épaisse et jaunâtre
tapisse quelquefois la paroi postérieure visible du pharynx, et sur laquelle
hez et Rilliet ont attiré l'attention, en faisant remarquer que le frottement
t pour l'enlever, ce qui n'a pas lieu pour les fausses membranes. Dans cer-
; cas, les amygdales sont moins enflammées, moins tuméfiées que les piliers
voile du palais.
ı même temps que ces différentes particularités peuvent se constater à
me du gosier, le malade y éprouve la *sensation d'un corps étranger*, une
eur plus ou moins considérable, très-augmentée pendant l'acte de la
ıtition; le passage de l'air est même douloureux, ainsi que la pression sous
le du maxillaire inférieur, où parfois existe une tuméfaction légère ou très-
oncée, qui empêche en grande partie l'écartement des mâchoires. La voix
ivent un caractère guttural, nasonné, tout particulier, qui peut à lui seul
soupçonner l'existence de la pharyngite; la respiration n'est ordinairement
;ênée d'une manière sensible, à moins que le gonflement ne soit énorme;
nflammation atteint les trompes d'Eustache, il y a une *surdité* momentanée,
is assez prononcée pour inquiéter beaucoup les malades, même lorsque le
lement apparent de l'isthme est peu intense, comme j'en ai observé un cas
nt; enfin la muqueuse gutturale, sèche au début, sécrète bientôt des mu-
és filantes et tenaces qui provoquent des mouvements de déglutition ou qui
expulsées difficilement par expuition.
a n'oubliera pas que l'inflammation varie suivant son *étendue*, son *intensité*,
ait qu'elle s'accompagne de symptômes fébriles plus ou moins prononcés à
début ou dans son cours; suivant son *siége* à la partie supérieure du pha-
(isthme) ou dans sa partie profonde, et suivant sa *terminaison*.
on siége au niveau de l'isthme facilite le diagnostic en raison de l'inspection
ible des parties malades, que l'on voit d'abord luisantes et sèches, puis

plus, dans les *fièvres graves*, on voit quelquefois survenir, si la maladie fièvre se prolongent, des pharyngites inflammatoires qui ne sont que des mations secondaires tardives, comme Louis en a signalé dans la *fièvre oïde*, et qui quelquefois se terminent par suppuration. — En rappelant ces ions pathologiques de la pharyngite inflammatoire, je ne prétends parler des caractères *apparents* de la lésion, sans préjudice de ce que sa nature et doit avoir de spécial.

ne dois pas oublier de rappeler qu'à la suite de la pharyngite simple, on ob- quelquefois la *paralysie du voile du palais,* bien facilement reconnais- à ses caractères propres (*Voy.* PARALYSIES) ; et de plus que Verneuil a con-, comme complication métastatique des inflammations pharyngiennes chez jeunes garçons, des épanchements de la tunique vaginale, avec tuméfaction dérable, indolente, fluctuante et transparente (*Arch. de méd.*, 1857, t. X).

— *Pharyngites aiguës à formes spéciales.*

l'exploration du pharynx, qui peut être provoquée ici, comme dans les précédents, par la douleur pendant la déglutition, on constate des signes nts de ceux de l'inflammation simple. La rougeur du pharynx peut bien plus ou moins intense, mais sa tuméfaction est en général moins pro- , et d'autres signes tout particuliers peuvent s'y remarquer : l'inflam- est souvent simplement *catarrhale ;* d'autres fois il y a des ULCÉRATIONS, infiltrations *œdémateuses*, des *éruptions*, des exsudats *pultacés* ou *pseudo- branneux*, et enfin la *gangrène*.

— Les *pharyngites catarrhales* aiguës sont difficiles à préciser. Suivant gue (*ouv. cité*), elles comprennent les « angines qui ont pour caractère de quer un trouble de sécrétion de la membrane muqueuse, avec congestion ou moins vive, plus ou moins généralisée de la totalité de cette membrane pécialement des appareils sécréteurs qui entrent dans sa composition. » Elles sent spontanément ou par de simples précautions de régime, dans un espace de temps, n'acquérant d'importance que lorsque l'inflammation se ge aux organes voisins. Si l'on est obligé de s'en tenir à une description vague, nous verrons plus loin qu'il n'en est plus de même des pharyngites gines catarrhales chroniques.

— La *pharyngite œdémateuse* a été comprise par les auteurs dans la des- ion de l'ŒDÈME DE LA GLOTTE ; mais on rencontre des sujets débilités atteints pharyngite inflammatoire, et qui présentent en même temps une infiltration teuse manifeste de la luette et d'une partie du voile du palais, qui sont s et comme demi-transparentes. Du moins j'ai observé deux fois cette lésion une dame atteinte d'une gastralgie habituelle, et chez laquelle la pharyngite sa marche ordinaire, en se compliquant une fois d'un abcès aigu au niveau amygdale. On a noté aussi de ces œdèmes partiels dans certaines pharyn- granuleuses. Mais ce sont là, il faut l'avouer, des faits rares dans la pratique.

— Ce qui est au contraire très-commun, ce sont les *pharyngites papu- s*, puis *vésiculeuses*, qui accompagnent la variole ou la varioloïde. La euse du voile du palais, de ses piliers et de la partie voisine de la voûte ine, peut présenter alors des papules ou bien des vésicules de la dimension ains de millet ou de petites lentilles, d'un gris parfois légèrement jau- , sans saillie bien prononcée, et entourées d'une teinte un peu plus foncée le reste de la muqueuse. Cette pharyngite s'accompagne d'une dysphagie airement peu prononcée, et elle constitue un excellent signe diagnostique affection varioleuse encore incertaine, car l'éruption pharyngienne peut ontrer pendant les symptômes fébriles du début et avant que l'éruption

éclairer l'observateur sur la vraie nature de la pharyngite, dont
a pu faire croire à une simple maladie locale, ce qui est arriv
Fothergill.

e. — Je dois rapprocher des pharyngites qui précèdent l'*an*
que Lasègue considère comme devant prendre place dans l'his
Ce n'est pas précisément au pharynx qu'on l'observe. Les gland
sont alors affectées, comme les glandes sébacées le sont à l
principalement le segment sous-amygdalien qui confine à la b
Pour bien voir la lésion, il faut faire l'examen à l'aide d'un
tandis que la langue est tirée au dehors. On reconnaît alors la
affecter trois formes différentes. 1° Elle consiste d'abord en p
rarement acuminées, puis en petites ulcérations de courte duré
simplex de la face). 2° Il y a des pustules moins nombreuses,
lieu de huit à dix de chaque côté comme dans la forme précéden
se renouveler, avec des rémissions, pendant des années, la voix
pendant les périodes d'acnité. 3° Bien plus rarement, et chez
seulement, il y a des follicules béants et à parois indurées, pu
nombre de vingt au moins, occupant, en cas de confluence, la
de la gorge.

Ces trois formes d'angine acnéique, *simple*, *pustuleuse*,
s'accompagnent jamais de fièvre, sont parfois le point de départ
tion étendue aux parties voisines.

f. — La *pharyngite pseudo-membraneuse* ou *diphthériq*
lement plusieurs aspects dont il faut tenir compte, et que Daviot
méd., 1846). Tantôt la concrétion ne forme qu'une tache blan
jaunâtre ou grisâtre, mince sur les bords, plus épaisse à son
pellicule est mince et demi-transparente; d'autres fois, il exis
plaques jaunâtres d'un aspect lardacé, résultant de l'épais
l'extension des points opaques ou du dépôt transparent primitifs

ile du palais. Les parties molles de l'arrière-gorge paraissent profondé-sphacélées; le voile du palais, les amygdales et la membrane muqueuse du nx semblent en partie détachés; sur les amygdales, de larges *taches grises nscrites par un bourrelet d'un rouge violacé* simulent à s'y méprendre eschares gangréneuses. Il suffit d'exposer ces caractères des exsudats hériques pour montrer qu'ils diffèrent essentiellement des exsudats de aryngite pultacée. On verra plus loin qu'il y a des différences aussi tran- entre les concrétions diphthériques et les lambeaux gangréneux.

caractère particulier de la pharyngite diphthérique à rappeler encore, qu'elle a une grande tendance à envahir le larynx (croup). Il ne faut pas er non plus qu'elle est primitive ou secondaire. — Lorsqu'elle est *primi-* les concrétions peuvent se montrer dès le premier jour; il y a *engorge- t des ganglions sous-maxillaires*, mais la *douleur*, la *gêne de la dé- tion*, et la *fièvre*, n'ont pas ordinairement une intensité en rapport avec avité de cette affection. — Lorsqu'on l'observe au contraire *chez des sujets affectés d'une autre maladie*, les symptômes généraux et locaux sont accentués, et il existe ordinairement des ulcérations sous les fausses mem- s, ce qui n'a pas lieu dans la plupart des cas où la pharyngite est primi- C'est principalement dans la *rougeole*, la *variole*, l'*affection typhoïde*, niveau de certains ulcères pharyngiens *syphilitiques*, que l'on rencontre aryngite pseudo-membraneuse secondaire.

etonneau a admis une forme *commune* et une forme *maligne* de la pha- te diphthérique. Mais les faits observés autorisent à établir les trois types j'ai rappelés ailleurs (*Voy.* DIPHTHÉRIE, p. 303), et auxquels se rapportent, la localisation pharyngienne : 1° la pharyngite pseudo-membraneuse li- , sans tendance envahissante et sans symptômes d'intoxication; 2° celle 'étend rapidement dans le pharynx, dans les voies respiratoires plus pro- s, et dont tout le danger est dans cette extension même; 3° enfin celle 'accompagne d'accidents généraux graves d'intoxication ou d'empoisonne- apparent du sang, quel que soit le degré de la lésion du pharynx. — C'est remier de ces types, qui s'accompagne le plus souvent à son début d'une éphémère avec ou sans herpès labial, que se rapporte l'*angine couenneuse nune* de Bretonneau, dite *herpétique* par Gubler (*Voy.* p. 518 et 303). qu'il y a absence d'accidents généraux graves et que l'exsudat pharyngien, airement limité, diminue manifestement du jour au lendemain sous l'in- ce d'un simple gargarisme détersif, au lieu de s'étendre, on doit admettre l'on a affaire à une pharyngite diphthérique commune ou bénigne.

— La pharyngite *gangréneuse*, trop négligée après la publication des tra- de Bretonneau, a de nouveau attiré l'attention des observateurs, et il y a ques années, Gubler en a fait l'objet d'une communication intéressante à la été médicale des hôpitaux (*Arch. de méd.*, 1857, t. IX). Cette variété de ngite s'observe chez les adultes et chez les enfants; mais c'est une affec- toujours rare. Suivant la juste remarque de Barthez et Rilliet, chez l'enfant agnostic n'en est pas toujours facile, ce qui tient tantôt à la débilitation des s (*toujours affectés d'abord d'une autre maladie*) qui s'oppose à l'ex- tion suffisante de la gorge, et tantôt à la limitation de la gangrène dans les es profondes du pharynx, qui ne peuvent être accessibles à la vue. — Dans as rares où l'on peut suivre la marche de cette lésion toujours secondaire, oit les amygdales seules, ou bien ces organes, le voile du palais et ses pi- , qui prennent une *couleur livide violacée*, puis d'un *gris noirâtre* ou rement *noire*. Avec les progrès de la maladie, les parties molles semblent

secondaire, en sorte que les chances d'erreur sont toujours
le sont d'autant plus que Becquerel, et avec lui d'autres ob
venus démontrer que les deux formes de pharyngite, gangrén
rique, pouvaient coexister ensemble. Barthez et Rilliet donnen
viter la méprise dans les cas où les plaques couenneuses, *grisâ
râtre et très-fétides*, simulent à s'y méprendre la gangrène d
de porter dans l'arrière-gorge un caustique qui provoquerait l
chares apparentes, et de s'assurer que la muqueuse et les tis
n'ont éprouvé aucune perte de substance. Il est bon de faire ob
que les plaques diphthériques peuvent recouvrir des ulcération
la maladie est secondaire, ce qui ferait facilement croire à la
chare. Le meilleur moyen d'investigation en pareil cas est don
microscope les détritus organiques, constitués par de la *fibri
globant des épithéliums* s'il s'agit de pseudo-membranes, ta
connaît des *éléments organiques* des parties atteintes, s'il
grène. Le diagnostic ne laisse aucun doute si l'on peut suivre
lésion vers la bouche, où elle apparaît vraiment gangréneuse
p. 430).

Chez l'adulte, la gangrène se rencontre avec des caractères
ai observé un exemple remarquable chez un aliéné paralytique,
Les syphiliographes ont aussi constaté la gangrène comme com
tains ulcères phagédéniques du pharynx.

La pharyngite gangréneuse n'est curable que dans certain
limitée. On a cru à des guérisons qui auraient eu pour conséq
tion du voile du palais ou la destruction de la luette; mais n'a
pour des faits de gangrène simple de ces ulcérations syphiliti
ques que je viens de rappeler, et auxquels on a donné les quali
thériques ou gangréneuses?

II. Pharyngites chroniques.

Les phlegmasies chroniques de l'arrière-gorge, selon le

...st qui persistent longtemps et deviennent chroniques; d'autres sont telle-... rares, qu'elles ne méritent qu'une simple mention. Telle est la *pharyngite* ...*mique* décrite par Mosler, constituée par des symptômes leucémiques du ...x et des amygdales, ayant l'aspect de tumeurs brillantes, assez résistantes, ...duisant une inflammation intense dans leur voisinage (*Virchow's Arch.*,

PHARYNGITES CATARRHALES.

...ès avoir reconnu l'impossibilité de constituer les diverses espèces de pha-...s catarrhales chroniques d'après les diathèses *arthritique*, *scrofuleuse*, ...*tique*, etc., qui les engendrent, mais sans leur imprimer de caractères ...uliers, Lasègue reconnaît que la lésion doit servir de base à leur classifica-...Or, ces inflammations chroniques peuvent être classées d'après leur siége ...nt superficiel ou d'après leur siége réel, c'est-à-dire d'après l'élément ...gique. Il en distingue ainsi quatre espèces : 1° l'*angine catarrhale* ...*nique diffuse;* 2° la *pharyngite catarrhale;* 3° l'*amygdalite chronique;* ...*catarrhe de la luette et du voile du palais.*

... — L'*angine catarrhale chronique diffuse* occupe toute la muqueuse ...gienne, et se réduit d'abord à quelques sensations plutôt incommodes ...douloureuses, améliorées momentanément après le repas. La gorge tout ... est d'un rouge terne, plus congestionnée au niveau des piliers antérieurs ...térieurs, qui semblent épaissis, et la muqueuse est moins humide que ...aire, mais baignée, surtout le matin, par le mucus nasal. — A un degré ...avancé, les incommodités sont pires; il existe une sécheresse âpre dans la ..., avec gêne dans la déglutition de la salive, mais non des aliments; il y a ...s des accès de suffocation spasmodiques ou des efforts de nausées; une ...i oblige à boire souvent, ce qui produit de la dyspepsie. La muqueuse est ...ie, d'un rouge plus ou moins vif, saillante par places (follicules dévelop-... au toucher elle est chaude, comme veloutée, et de consistance inégale. ...évolution lente de l'affection et sa limitation habituelle au pharynx, rappro-... des lésions locales des follicules, semblent ne constituer qu'une variété (avec ...ion à la muqueuse) de la pharyngite dite *granuleuse*, d'autant mieux que ...uses paraissent être les mêmes de part et d'autre : l'abus de la parole, ...ge exagéré de la fumée de tabac, etc. Lasègue admet aussi que l'affection ...être due à une influence diathésique, goutteuse, herpétique, hémor-...ïdale, etc.

— La *pharyngite catarrhale* est le second type que le même observateur ...he à constituer. *Chez l'enfant*, elle mériterait à peine le nom de maladie, ... ne tendait à se prolonger. Les amygdales ne sont pas alors sensiblement ...fiées, mais la muqueuse est rouge, épaissie, et les saillies globuleuses ... existent dans l'état normal n'ont plus leur transparence; elles sont mates, ... pharynx, en se contractant, se plisse en sillons profonds. La sécrétion ...thale ne fournit pas d'indices utiles. Enfin la surdité incomplète est une ...plication commune. — *Chez l'adulte*, ce n'est pas vers les trompes d'Eustache ...s'étend la pharyngite, mais vers le larynx et même jusqu'à la trachée. En ...rs d'une variété très-rare dans laquelle la muqueuse est lisse et sèche, et ...t admise par Lasègue, la forme la plus commune est l'angine *granu-...*se*, *glanduleuse*, *folliculeuse* des auteurs.

...tte *pharyngite granuleuse* ou *glanduleuse*, qui a été étudiée dans ces ...iers temps par Green (de New-York) et par Chomel, a été le sujet d'une ...ographie intéressante de Noël G. de Mussy (1857). Cette pharyngite chro-... est caractérisée par des lésions spéciales, visibles à l'inspection de l'isthme



intervalles on remarque des *vaisseaux variqueux*, peut-ê
prononcés que l'affection est plus ancienne. Enfin, en déprin
langue, on peut quelquefois *voir l'épiglotte*, dont la muqueus
teuse présente aussi parfois des granulations. Suivant Green,
la longue une atrophie des tissus qui élargirait la gorge.

Suivant Noël G. de Mussy, un *chatouillement* provoquant u
et des efforts expirateurs ou un râclement, qu'il désigne p
hem, des *crachats* globuleux, colloïdes, *perlés*, et enfin des r
le *timbre*, la *tonalité* et la *puissance de la voix*, sont les ph
paux qui caractérisent l'angine granuleuse. Jointes à l'érupt
essentiellement chronique de la maladie, ces données suffi
diagnostic.

Parmi les données anamnestiques, la *diathèse herpétiq*
constituerait, suivant Chomel et G. de Mussy, la condition la
développement de cette pharyngite. Mais cette question im
encore à être soumise à une rigoureuse observation tant des
l'angine granuleuse que de ceux qui en sont exempts ; car l'h
le comprend de Mussy, est tellement commun, qu'il est néce
cher si sa fréquence n'est pas aussi grande d'un côté que de l'
gite granuleuse est plus franchement secondaire dans la *syph*
depuis longtemps considérée aussi comme une manifestation
les avocats, les instituteurs, les chanteurs, et, suivant Green,
plus fréquemment encore, seraient particulièrement prédisp
lorsqu'elle est primitive. G. de Mussy a vu les follicules du ph
expulser des concrétions calcaires, composées de phosphate
d'urate de chaux (*Union méd.*, 1856, p. 76); et suivant S
Willemin (*Union méd.*, 1858, p. 336), le catarrhe bronchi
pulmonaire, une douleur particulière de la langue, très-fatig
lade, seraient aussi des complications de la maladie. Lasèg
l'extension de l'affection au larynx

rminée par l'accumulation des produits de sécrétion dans leurs cavités dulaires. Aussi se caractérise-t-elle par des crises d'inflammation locale, fièvre, qui gênent les fonctions pharyngiennes, surtout lorsqu'il y a pro-tion du mal aux parties voisines, soit vers les fosses nasales et les trompes tache, soit vers le larynx, d'où résulte la raucité ou l'extinction de la voix. roduction d'engorgements et d'abcès glanduleux, et l'hypertrophie pro-ive des tonsilles sont des conséquences de l'affection. L'aspect des amyg- hypertrophiées varie; dans les intermissions, elles sont roses, indolentes couleur uniforme, tandis que pendant les recrudescences elles sont d'un livide, gonflées par un mucus transparent, résistantes au toucher, ou bien teinte opaline, mûriformes, comme composées de vésicules demi-transpa-s, molles et dépressibles. Comme dans plusieurs autres pharyngites chroni- il y a rarement formation de concrétion calculeuse par suite de l'amyg- chronique qui m'occupe.

— Le *catarrhe de la luette et du voile du palais* n'a pas l'importance lui a donnée, surtout en ce qui concerne la luette, dont l'élongation (le souvent par l'œdème) ne peut pas avoir les inconvénients qui lui ont été ués. Comme phénomènes subjectifs, les malades accusent dans la gorge aillement, une pesanteur qui leur semblent produits par un corps étran-t ce malaise a lieu lors des mouvements du voile du palais pour la déglu- de la salive. C'est une affection localisée, essentiellement chronique, et à des exacerbations spontanées ou provoquées, que l'excision de la luette aurait guérir radicalement.

lles sont les données qui peuvent éclairer le praticien sur le diagnostic de pharyngites catarrhales, qui n'ont pas de gravité par elles-mêmes, mais ment une longue durée.

PHARYNGITES SYPHILITIQUES.

rmi les pharyngites chroniques que l'on a rattachées à la syphilis comme s secondaires, on a distingué une forme *érythémateuse*, une forme *uleuse*, une troisième forme en *plaques arrondies*, et enfin une forme *reuse* que je renvoie au mot ULCÉRATIONS, comme je l'ai fait pour les ulcé-s pharyngiennes à marche aiguë. Toutes ces pharyngites syphilitiques coïn-t très-souvent avec des syphilides. Martelière a même assimilé les lésions ilitiques du pharynx à celles de la peau (*Thèse*, 1854). Telle est aussi nion de Lasègue qui considère les pharyngites syphilitiques comme des ilides de la muqueuse pharyngienne.

a forme *érythémateuse*, parfois très-opiniâtre, suivant Cazenave, se ctérise par une *rougeur érythémateuse* d'un aspect *violacé*, avec *très-r gonflement* des parois du pharynx, qui sont *sèches*, *luisantes*, comme es. La *déglutition* est difficile, il y a un sentiment constant de *sécheresse* a gorge, surtout le matin. Cet ensemble de caractères est bien évidemment ctéristique; mais, dans les cas douteux, le diagnostic doit s'appuyer sur istence antérieure ou actuelle d'accidents syphilitiques, et sur l'amélioration peut produire un traitement antisyphilitique. — Il en est exactement de ne de la forme *granuleuse* de la pharyngite syphilitique, qu'il serait si facile onfondre avec la pharyngite granuleuse non syphilitique. — La forme en *ues arrondies* présente au contraire des signes tout particuliers à l'inspec- de la gorge. Ce sont, outre l'injection d'un aspect violacé, des *petits dis-s* ou *portions de disques* légèrement saillants, de teinte *opaline* ou tout à *blancs* et épais, faisant corps avec la muqueuse. Il n'est pas rare que de blables plaques existent en même temps sur la muqueuse des joues, des

a été prise le plus souvent pour une angine syphilitique reb
n'entraîne pas d'engorgement ganglionnaire comme le cancer;
plus la gravité.

PHARYNGORRHAGIE. — *Voy.* HÉMORRHAGIES, p. 4

PHARYNX. — Comme la cavité buccale, le pharynx co
certaine mesure, aux fonctions de la respiration, de la digestio
tion. Il est, en effet, comme le vestibule par où passe l'air
dans les voies respiratoires proprement dites, il est le princip
glutition, et enfin il constitue avec les fosses nasales et la b
complexe dans laquelle la voix résonne et acquiert son timbre

1° *Maladies.* — Les affections pharyngiennes, soit primi
daires, soit symptomatiques, sont nombreuses. Ce sont : l'HÉM
gienne ou *pharyngorrhagie* ; les diverses espèces de PHARYN
ple, pultacée, diphthérique, gangréneuse, ulcéreuse ; les pl
ques, érythémateuse, granuleuse, ulcéreuse simple ou syphili
dégénérescences organiques, les *tumeurs* et la *dilatation* du

2° *Symptômes.* — La *douleur* spontanée, ordinairement
fois augmentée par le passage de l'air, par l'exercice de la
toujours par les mouvements de déglutition. — Les symptô
dont le pharynx est le siége doivent être recherchés aussi à
vue, que j'ai signalés plus haut. — Le passage de l'air dans le
ou moins gêné par suite de la tuméfaction des parois pharyngi
autre cause de rétrécissement de cette cavité, et cette *gêne d*
beaucoup plus prononcée dans le jeune âge que dans l'âge
jusqu'à l'asphyxie. La *dysphagie* est le signe le plus fréque
pharynx, et le premier qui soit accusé par le malade dans un b
Enfin la *voix* prend, dans certaines affections pharyngiennes,
particulier qui seul met quelquefois sur la voie du diagnostic.

che de cuiller (moyen le plus ordinaire) ou d'instruments particuliers, tels des *abaisseurs de la langue*, que des praticiens préfèrent, ou enfin à de *spéculums*, qui sont cependant à peu près exclus de la pratique. isse-langue est indispensable pour voir la lésion de l'angine acnéique, qui pe le segment sous-amygdalien qui confine à la base de la langue (*Voy.* 08). Malheureusement il peut arriver que ces auxiliaires de l'exploration nt rendus inutiles par l'impossibilité où se trouvent les mâchoires d'être mment écartées l'une de l'autre. On a aussi la ressource de pouvoir duire l'indicateur entre les arcades dentaires et, en le rapprochant latément du fond de la bouche, d'explorer ainsi les parties accessibles au tour, c'est-à-dire celles qui s'étendent peu au delà de l'isthme du gosier, sauf fois dans quelques cas où l'on peut atteindre l'épiglotte et la glotte elleme.

fin je dois rappeler d'autres moyens explorateurs de la cavité pharyngienne. 'introduction d'un *stylet* ou d'une tige quelconque, au moyen de laquelle peut détacher du pharynx soit du mucus épaissi qui simule une fausse brane, soit une pseudo-membrane réelle. Pour absterger l'amygdale ou le ynx, Lasègue recommande de se servir d'une tige de bois revêtue à son mité d'une légère couche de ouate qu'on enroule à la manière des fleu, de manière à former un tampon sans qu'il soit nécessaire de l'assujettir un fil. 2° L'emploi du *microscope* permet de rechercher la nature d'un dat ou des détritus pharyngiens, surtout pour le diagnostic de la gangrène. fin le *laryngoscope* peut être appliqué à l'exploration des parties du pha inaccessibles à l'inspection directe, à l'aide d'un crochet releveur du voile lais (*Voy.* LARYNGOSCOPIE).

HLÉBITE. — Sans reproduire les discussions dont cette affection a été et, je rappellerai que l'on ne considère plus aujourd'hui, comme il y a ertain nombre d'années, toute coagulation sanguine dans les veines comme à l'inflammation de ces vaisseaux. On a reconnu que s'il y avait réellement bite dans certains cas, dans un beaucoup plus grand nombre d'autres, il it simple coagulation du sang sous l'influence de causes diverses, coagus spontanées désignées par Virchow sous le nom de thromboses. Une autre sion faite par beaucoup d'auteurs anciens est celle de la phlébite et de sorption purulente ou PYÉMIE, qui est quelquefois la conséquence de la phlébite, mais qui, en tout cas, en est parfaitement distincte.

phlébite étant ainsi restreinte, son diagnostic est très-différent selon la ion superficielle ou profonde des veines enflammées, c'est-à-dire suivant lles sont ou non accessibles à l'exploration.

Phlébites des veines superficielles.

Éléments du diagnostic. — Toutes les veines plus ou moins superfiles d'un certain volume, et principalement celles des membres, peuvent le siége d'une phlébite, que l'on diagnostique à l'aide de la vue et de la ation. La veine enflammée et obturée par un caillot forme sous le doigt 'explorateur un *cordon dur* et douloureux; la douleur spontanée, parfois vive et augmentant à la palpation, occupe non-seulement le vaisseau ré, mais aussi (lorsque la veine a un certain volume) les parties dans lesles la veine prend son origine, et qui sont en même temps le siége d'un me caractéristique. Comme autres signes de la phlébite, on peut constater *abcès circonscrits* localisés au niveau de la veine, dans son intérieur son pourtour, et des phénomènes fébriles qui, pour être faibles ou nuls certains cas, n'en constituent pas moins dans d'autres des accidents très-

Mais s'il s'agit d'une phlébite limitée à une partie de la con
bre, l'inflammation localisée pourrait être prise pour une ly
un érysipèle ou pour un phlegmon simple. — Cependant il faud
sans un examen suffisant pour admettre une *lymphangi*
de traînées rosées ou rougeâtres sur la peau, et de ganglio
l'origine du membre, signes qui n'accompagnent pas la phlél
— Quant à un *érysipèle* ou bien à un *phlegmon simple*, il
d'y croire en présence d'une phlébite locale avec inflammati
peau, sans suppuration ou avec collection purulente. Cepe
s'en distinguera par la constatation du cylindre induré de la
être recherché avec soin par la palpation, malgré la douleur q
que.

Les commémoratifs viendront en aide au diagnostic; non qu
de la phlébite soit caractéristique, mais il y a des conditions
culières dont la connaissance peut suggérer l'idée de la phl
quelconque de la veine, comme la phlébotomie, l'excision, la
pression, la distension, la contusion, le déchirement du vaiss
même une *blessure légère*, et à plus forte raison une piqûre
trument chargé de matières septiques (*blessures anatomiqu*
plaies résultant d'*opérations*, sont, avec les *varices ancienne*
ditions qui ont pu être le point de départ de la phlébite supe
de même de la *blennorrhagie*, à laquelle se rattache la ph
dorsale de la verge. En dehors de ces causes de constatation f
pas toujours déterminer si la coagulation veineuse a véritabl
phlébite pour origine.

J'ai dit plus haut que la phlébite superficielle présentait d
vant qu'elle occupait la base ou la continuité des membres. Mai
aujourd'hui sur les formes *adhésive* ou *suppurative* de la ma
dite adhésive, dans laquelle on a englobé tous les cas d'ou...

articles de cet ouvrage, et notamment aux mots ABCÈS, MORVE, PHLÉ-
; aussi n'ai-je à m'occuper ici que des *phlegmons de la fosse iliaque*
legmons dits *péri-utérins.*

egmon iliaque.

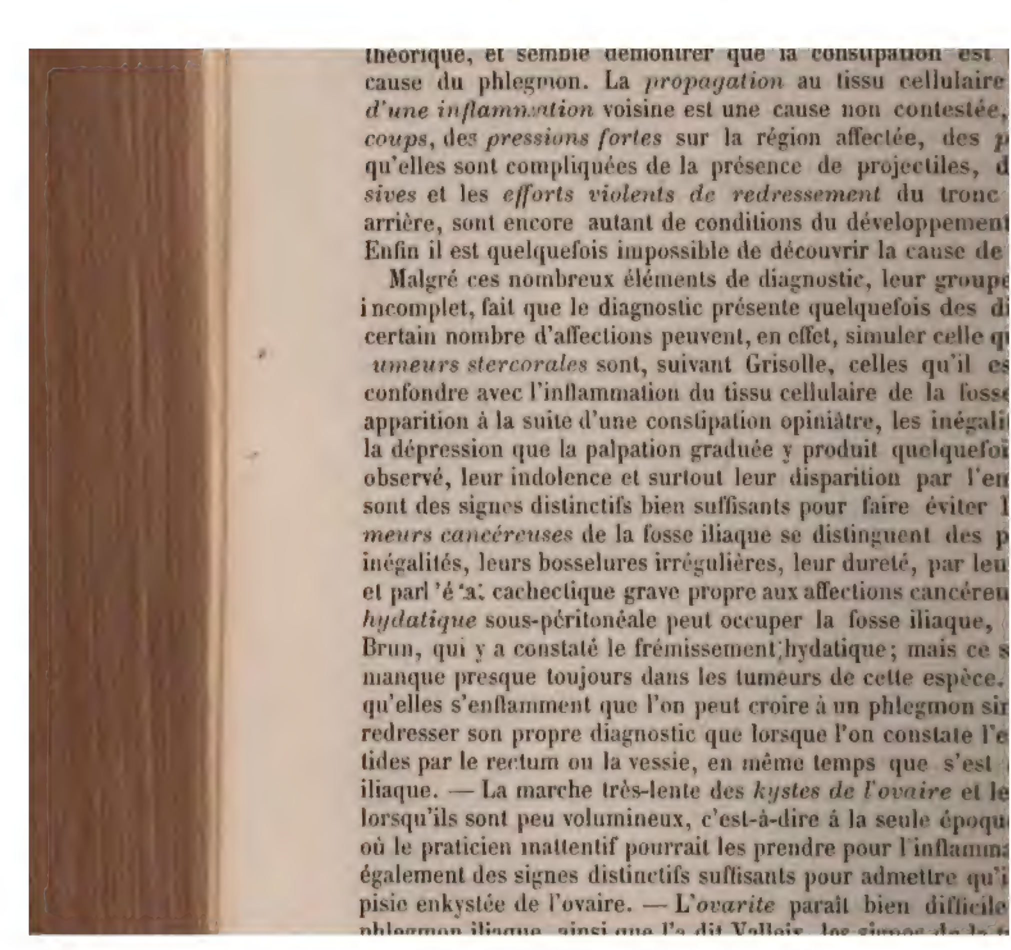
nmation du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, après
·é l'attention des chirurgiens dans de certaines conditions, a été l'objet
x importants dus à Dance, Ménière, Velpeau (*Leçons*) et à Grisolle,
émoire, basé sur un grand nombre d'observations, a servi de guide à
t des auteurs pour la description de la maladie.

ments du diagnostic. — Le phlegmon de la fosse iliaque est carac-
ncipalement par les symptômes suivants : 1° une *douleur* tantôt vive,
e, tantôt sourde, obscure, mais toujours exagérée par la pression, les
s de toux, s'irradiant assez souvent vers l'hypogastre, dans tout l'abdo-
vers les organes génitaux et les membres inférieurs; 2° une *tumeur*
osse iliaque, d'un volume moyen, égal à celui d'un œuf de poule, rare-
s petite qu'une noix ou plus grosse qu'une orange, ayant parfois des
iffuses, formant quelquefois une saillie visible, ou bien aplatie et tou-
préciable à la palpation, douloureuse. dure, un peu résistante, sans
es ni battements; 3° des phénomènes divers de *compression* des orga-
onnants : des douleurs vives, de l'engourdissement, des fourmillements
organes génitaux, et surtout dans le membre inférieur, se rattachent à
ession des *nerfs;* l'œdème du même membre, à la compression de la
aque (ce qui est d'ailleurs rare); une constipation assez opiniâtre (qui
endre aussi de la fixité de l'intestin) annonce ordinairement la compres-
cæcum; enfin une rétraction des membres et la claudication peuvent
buées à la compression du muscle iliaque, ainsi qu'à l'extension de l'in-
on aux fibres musculaires du même muscle et à celles du psoas. — A
ptômes se joignent quelquefois des *épreintes*, un véritable *ténesme*
rique sans évacuation intestinale, et fréquemment des *phénomènes*
peu intenses, continus, sans paroxysmes, et rarement accompagnés de
sympathiques graves.

neur se termine souvent par résolution; mais d'autres fois la suppu-
irvient et le pus se fait jour, soit vers la peau de l'abdomen ou de la
ombaire, soit vers une voie naturelle (gros intestin, vessie, cavité uté-
gin), soit dans la cavité du péritoine, d'où résulte une péritonite
.

ductions diagnostiques. — Le siége de la douleur et la constatation
neur, survenant d'une manière aiguë, mettent habituellement sur la voie
iostic, lorsqu'il existe un phlegmon de l'une ou l'autre des fosses ilia-
le diagnostic se trouve confirmé par la coïncidence des autres symp-
us ou moins nombreux que je viens de rappeler. Mais s'il est essentiel
compte de l'ensemble des phénomènes morbides, il faut les compléter
de des antécédents, c'est-à-dire de l'évolution antérieure de la maladie
s causes probables, afin de donner au diagnostic toute la précision
e.

'aut pas oublier, en effet, que l'invasion a quelquefois lieu subitement
ouleur; que d'autres fois il y a d'abord des troubles digestifs (inappé-
ausées, constipation ou diarrhée), ou bien quelques jours de malaise,
ipation, d'engourdissement dans un membre pelvien, et enfin que la
sans douleur est parfois le premier signe de la maladie. Mais la déter-
i des causes, et celle des conditions pathologiques de cette inflamma-



théorique, et semble démontrer que la constipation est
cause du phlegmon. La *propagation* au tissu cellulaire
d'une inflammation voisine est une cause non contestée,
coups, des *pressions fortes* sur la région affectée, des p
qu'elles sont compliquées de la présence de projectiles, d
sives et les *efforts violents de redressement* du tronc
arrière, sont encore autant de conditions du développement
Enfin il est quelquefois impossible de découvrir la cause de

Malgré ces nombreux éléments de diagnostic, leur groupe
incomplet, fait que le diagnostic présente quelquefois des di
certain nombre d'affections peuvent, en effet, simuler celle q
umeurs stercorales sont, suivant Grisolle, celles qu'il es
confondre avec l'inflammation du tissu cellulaire de la fosse
apparition à la suite d'une constipation opiniâtre, les inégali
la dépression que la palpation graduée y produit quelquefoi
observé, leur indolence et surtout leur disparition par l'en
sont des signes distinctifs bien suffisants pour faire éviter l
meurs cancéreuses de la fosse iliaque se distinguent des p
inégalités, leurs bosselures irrégulières, leur dureté, par leu
et par l'état cachectique grave propre aux affections cancéreu
hydatique sous-péritonéale peut occuper la fosse iliaque,
Brun, qui y a constaté le frémissement hydatique; mais ce s
manque presque toujours dans les tumeurs de cette espèce.
qu'elles s'enflamment que l'on peut croire à un phlegmon sir
redresser son propre diagnostic que lorsque l'on constate l'e
tides par le rectum ou la vessie, en même temps que s'est
iliaque. — La marche très-lente des *kystes de l'ovaire* et le
lorsqu'ils sont peu volumineux, c'est-à-dire à la seule époqu
où le praticien inattentif pourrait les prendre pour l'inflamma
également des signes distinctifs suffisants pour admettre qu'i
pisie enkystée de l'ovaire. — L'*ovarite* paraît bien difficile
phlegmon iliaque, ainsi que l'a dit Valleix, les signes de la

mettre l'ovarite, cependant son absence ne prouvera malheureusement pas cette affection n'existe pas. — Les *abcès du rein* s'étendant jusqu'à la e iliaque correspondante ont une marche différente de celle du phlegmon en tion, et s'accompagnent de troubles des fonctions urinaires qui serviront à ire reconnaître. — La *péritonite aiguë* circonscrite dans la région occupée les phlegmons iliaques présente comme caractères qui manquent à ces der-s : une saillie plus ou moins élastique, à limites mal circonscrites, et offrant, percussion, un son qui varie et qui peut être plus ou moins sonore. Le dé-de matité et de résistance prononcée de la tumeur empêchera aussi de idérer comme des phlegmons les rénitences (simulant des tumeurs) qui ré-nt de certaines *péritonites chroniques*, et qui sont dues à de simples ag-érations, vers les fosses iliaques, d'*anses intestinales unies par des adhé-es*. Grisolle a vu plusieurs fois, dit-il, des hommes instruits attribuer ces urs à des phlegmons iliaques. Le défaut de matité absolue ne saurait être é dans ces cas de fausses tumeurs comme un caractère différentiel de de valeur; car une anse intestinale peut passer devant une tumeur phleg-euse et atténuer la matité qu'elle fournit habituellement. — Je n'insisterai ur le diagnostic différentiel du phlegmon iliaque avec les *abcès du foie* ou *tumeurs de la rate* qui s'étendent jusqu'à l'os des îles : il suffit de l'at-ion la plus vulgaire pour ne pas commettre une erreur de diagnostic aussi ière.

'existence d'une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque étant ie, d'autres questions diagnostiques restent à résoudre. Et d'abord, quel son *siége* anatomique? Si la tumeur est aplatie, immobile et moins bien cir-crite, elle est développée *sous l'aponévrose* (fascia iliaque), et c'est surtout s que l'on voit survenir les signes de la compression du muscle iliaque (ré-ion de la cuisse, claudication). Si au contraire la tumeur est plus ou moins ante, si l'on peut lui imprimer de légers mouvements de latéralité, et la cir-scrire plus facilement par la palpation, elle occupe le *tissu cellulaire sous-itonéal*. On a constaté, comme je l'ai dit précédemment, que la fosse iliaque ite chez l'homme, et la gauche chez la femme, étaient plus fréquemment le e du phlegmon. — L'*étendue* de la tumeur est encore une question rela-au siége de l'inflammation, et certains symptômes peuvent résulter de l'ex-ion de l'inflammation à telle ou telle partie voisine de la fosse iliaque : au u cellulaire du *psoas*, elle prend le nom de *psoïtis*, et donne lieu plus fré-mment alors aux symptômes de compression veineuse dont il a été question; s'accompagne aussi de cette immobilité douloureuse avec demi-flexion du mbre pelvien correspondant qui est le principal caractère du psoïtis, mais peut aussi être le simple résultat de la compression du muscle iliaque. ndue au tissu cellulaire du *ligament large* chez la femme, cette inflamma-produit une saillie à la partie supérieure du vagin, où le pus se fait assez vent jour; mais il est vrai de dire que le phlegmon du ligament large a été sidéré par certains auteurs comme le point de départ plutôt que comme le t d'extension du phlegmon iliaque chez les femmes en couches.

es phlegmons de la fosse iliaque étant le plus souvent secondaires, il est ortant d'en pouvoir déterminer autant que possible la *lésion* originelle. — squ'une douleur subite marque le début de la tumeur inflammatoire *du droit*, avec altération des traits, pouls concentré, vive anxiété, etc., sur-t s'il y a eu auparavant des malaises, diminution de l'appétit et un peu de sibilité du bas-ventre, ou une accumulation manifeste des matières fécales, a lieu de penser qu'il s'agit d'une *perforation du cæcum*, et principale-

l'ovaire, distension de la vessie par l'urine, etc.) s'est rompue da
lulaire sous-péritonéal du bassin. Les signes de ces affections
cause de la perforation et du phlegmon consécutif. — Lorsque
dû à l'extension de l'inflammation d'un organe voisin, la co
phlegmasie primitive, métrite, ovarite, bubon, etc., en fera se
gine.

Les *complications* des phlegmons iliaques sont peu nombre
des ruptures dont j'ai parlé, et qui sont plutôt des terminaiso
que des complications. Parmi ces ruptures ou perforations, il
pelle comme exceptionnelle celle d'un foyer purulent *dans la*
rieure, observée par Demaux. On a vu la *péritonite* se dévelop
ration préalable et par le seul fait de l'extension de l'inflamma
dans la fosse iliaque ; elle est alors nécessairement moins grave
de rupture dans le péritoine. La *gangrène* peut aussi s'empar
foyer, principalement dans les cas graves de phlegmons dus à
du cœcum ou de son appendice; alors des lambeaux gangrén
expulsés par la voie que le pus s'est frayée. On a vu l'appendic
tier être ainsi éliminé au dehors, et la guérison survenir; mai
exceptionnel.

3° *Pronostic.* — L'inflammation ou le phlegmon du tissu cell
iliaque est une maladie grave, puisqu'elle amène la mort dans
des cas (Grisolle), et que, dans beaucoup d'autres, les sympt
fâcheux pour inspirer de vives inquiétudes. La maladie a surt
après les accouchements, dans les cas d'abcès stercoraux, et
tous les faits dans lesquels survient la suppuration. On n'est pas
sur le pronostic plus ou moins favorable que l'on doit porter à p
sion spontanée du pus suivant qu'il a lieu par telle ou telle
solle, c'est à tort que Baglivi aurait considéré la communication
l'abcès avec le gros intestin, comme plus favorable que l'ouvert

on des phlegmons péri-utérins, c'est que l'on a cru longtemps que l'in-
ation et la suppuration avaient pour siége le tissu cellulaire péri-utérin, qu'il ressort des autopsies faites avec plus d'attention que, hors les cas legmon sous-péritonéal du ligament large, le siége de l'inflammation phle-
use est le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine, comme pour l'hématocèle atz et Goupil, *Arch. de méd.*, 1857, t. IX). La plupart des prétendus mons péri-utérins ne sont donc que des *pelvi-péritonites*. Or, la pelvi-
nite étant un élément habituel de l'hématocèle (*Voy.* HÉMORRHAGIES intra-
néales, p. 504), on comprend combien doit être obscur, dans un bon re de cas, le diagnostic différentiel de l'hématocèle intra-péritonéale et pelvi-péritonite.

part et d'autre, il y a une tumeur rétro-utérine, dont les caractères dis-
s, quoi qu'on en ait dit, sont insuffisants avant l'évacuation au dehors du ou du pus qu'elle contient.

signes manifestes d'une hémorrhagie interne observés au début de l'hé-
cèle, et nuls dans la pelvi-péritonite qualifiée de phlegmon, peuvent être és dans les cas d'hématocèle où l'hémorrhagie est rapidement abondante, ns lesquels la tumeur se montre très-rapidement; mais ces signes peuvent quer si l'épanchement interne du sang est graduel (*Voy.* HÉMORRHAGIES in-
éritonéales), et si la tumeur se forme lentement.

st à propos de ces cas difficiles que l'on a insisté avec raison sur les anté-
nts et sur l'évolution ou l'enchaînement des phénomènes, que Siredey a résumés (*Thèse*, 1860). « Les symptômes de l'hématocèle, dit-il, présentent summum d'intensité au début même de l'accident, puis les deux affections ntent, pendant quelques jours, les mêmes symptômes, qui sont ceux de la onite pelvienne; mais dans l'hématocèle la résorption de la tumeur se fait coup plus vite que dans la péritonite, la matité (de l'abdomen) est beau-
plus nette, mieux limitée, et est surmontée par une sonorité tympanique intestin, qui est chassé de la cavité pelvienne, et forme la limite supérieure a tumeur; tandis que dans la pelvi-péritonite la matité est souvent diffuse, percussion donne çà et là de la sonorité tympanique. Enfin il peut se faire le liquide s'écoule au dehors, soit naturellement, soit artificiellement : alors peut plus y avoir de doute. »

dernier caractère est évidemment le plus important, mais il s'en faut qu'il constant; et d'ailleurs il est tardif, et par conséquent il n'est utilisé que des conditions rares. Je ferai de plus remarquer que l'expulsion du sang ou moins altéré démontre bien qu'il s'agit d'une hématocèle; mais que ulsion du pus, tout en révélant une pelvi-péritonite suppurée, ne prouve ment qu'il n'y ait pas eu hématocèle au début.

ai dit en commençant qu'il existait un véritable phlegmon péri-utérin, le *gmon du ligament large*. On peut l'observer à la suite de l'accouchement, out lorsqu'il y a eu des manœuvres violentes. Il occupe, non la partie posté-
re ou antérieure de l'utérus, où se manifeste la pelvi-péritonite, mais seule-
t l'un ou l'autre côté de cet organe. Il y a alors, dit Siredey (*Thèse* citée), un on initial très-intense, une tumeur latérale qui vient bomber dans le vagin, le rectum, où le doigt découvre une résistance uniforme, œdémateuse, très-
oureuse, avec exacerbations de douleurs spontanées, lancinantes; la paroi minale antérieure se soulève immédiatement au-dessus du ligament de ope; elle est rénitente et s'accompagne d'empâtement; des fusées puru-
es viennent disséquer le rectum, où elles s'ouvrent quelquefois; d'autres ent le nerf sciatique et viennent se manifester à la fesse, ou bien dans les

du larynx ou de la glotte, soit dans les cavités pharyngiennes,
cales, où retentit le son, et, s'il s'agit de la PAROLE ou de la voi
les éléments musculaires ou nerveux de la langue, que les lésio
reconnaissent ou non pour cause une lésion matérielle int
croirais superflu de développer ces propositions, dont l'én
signaler au praticien le point de départ de ses inductions diagn

PHOSPHÈNES. — *Voy.* AMAUROSE.

PHOSPHORE. — J'ai exposé, à propos des empoisonner
qui pouvaient révéler l'existence de l'empoisonnement par le ph
tuellement à l'ingestion du phosphore des allumettes phosphoré
Mais il me paraît nécessaire de rappeler les effets pathologi
résulter de l'absorption professionnelle du phosphore, effets
saire que le praticien connaisse la signification, car ils sont tr
les individus, et suivant les conditions dans lesquelles ils se p

Depuis assez longtemps on a signalé une *nécrose particuliè*
laires, consécutive à la pénétration des émanations ou vape
dans les alvéoles (sous les gencives ou par les dents cariées).
souvent assez intenses pour être visibles dans les ateliers des
mettes phosphorées allemandes, sont absorbées nécessairem
aériennes et dégluties avec la salive. Or, tantôt les ouvriers
de tout accident pendant des années, tantôt ils éprouvent tout
dents suraigus d'empoisonnement, tantôt enfin il y a une into
graduelle. Ces effets différents sont difficiles à expliquer. On
phosphore peut séjourner dans les organes pendant un ce
effets appréciables, et que son mélange aux corps gras facili
son absorption (Réveil, *Acad. de méd.*, mai 1859 et *Ann. d'h*
ces faits importants ne suffisent pas pour expliquer la nocuit
lente, ou nulle que l'on observe. La dégénérescence graisseu

se n'a pas été trouvée en nature dans le sang, et que, dans les organes e, la stéatose a fait complétement défaut chez un malade subissant l'in-ation professionnelle. Il éprouva des accidents graves rapides, un pur-avec symptômes cérébraux, qui l'emportèrent en dix jours (Alf. Fournier et livier, *Soc. des hôpit.*, 1868). On voit qu'à part les lésions des os maxil-, qui ont été bien étudiées (*Voy.* Trélat, *Thèse* d'agrégation), les effets iniques et symptomatiques de l'intoxication lente par le phosphore ne sont ncore suffisamment connus.

OTOPHOBIE. — *Voy.* ŒIL.

THIRIASE. — Cette maladie, appelée aussi *maladie pédiculaire*, due au pou dit *des malades* (?) qui différerait du pou de tête, du pou rps et du pou du pubis. Il paraît s'en distinguer non-seulement par ses tères zoologiques, mais encore par sa présence dans les différentes parties rps, et par ses habitudes. Il s'introduit, dit-on, sous l'épiderme, où il ses œufs, et de chaque nid, qui devient une *phlyctène*, s'échappent t les petits poux, qui se répandent et se multiplient avec une rapidité rdinaire et désespérante, produisant des démangeaisons incessantes, et même quelquefois entraîné la mort, suivant quelques auteurs.

THISIE PULMONAIRE. — Cette maladie, considérée comme la estation la plus habituelle de la TUBERCULISATION, a été longtemps définie e une affection résultant du dépôt, dans le parenchyme pulmonaire, de hétéromorphes particuliers : des tubercules. Les études microscopiques, avoir fait croire qu'il en était ainsi (Lebert), ont bientôt démontré que interprétation n'était pas la vraie, et qu'il n'y avait dans la granulation culeuse ou le tubercule qu'une hyperplasie d'éléments normaux. Cette dé-stration a modifié profondément les idées sur la pathogénie des tubercules oumons, de même que les expériences si remarquables d'inoculation de tière tuberculeuse à des animaux, faites par Villemin (*Bull. de l'Acad. de*, décembre 1865). Je reviendrai sur ce sujet au mot TUBERCULES, en rap-t ici que Hérard et Cornil (*De la Phthisie pulmonaire*, 1867) ont cherché re concorder les découvertes nouvelles avec les faits d'observation cli-e.

point de vue du diagnostic pratique, je dois envisager la maladie telle le s'offre à l'observateur au lit des malades, tout en faisant servir aux induc-les particularités formulées par les recherches nouvelles.

phthisie pulmonaire commune se présente habituellement à l'état chronique, t dans cette condition que je dois en étudier le diagnostic chez l'adulte. Je serve de m'occuper, à propos des *formes* de la maladie, de celles qui intérêt pratique évident, et entre autres de la *phthisie aiguë* et de la *sie dans l'enfance.*

Éléments du diagnostic. — La phthisie pulmonaire comprend deux des distinctes, admises par Laennec (*Traité de l'auscultation médiate*) Louis (*Recherches sur la phthisie*) : la première antérieure, la seconde rieure au ramollissement de la matière tuberculeuse.

la première période se rapportent : une *toux* plus ou moins quinteuse, qui momentanément cesser (Louis), mais qui persiste ordinairement, sèche ou de *crachats* mousseux comme de la salive battue, puis devenant plus es et parfois abondants ; une ou plusieurs *hémoptysies*, une *dyspnée* et *oppression* augmentant par la toux ; des *douleurs thoraciques* vagues, ques, souvent entre les deux épaules, parfois vives et lancinantes (alors algiques) ; à la *percussion*, un son plus aigu, plus obscur que dans l'état

ʼng, comme je l'ai montré à propos des HÉMORRHA-
ʼ). Les varices de la bouche ou du pharynx,
ʼs les derniers temps par Lasègue (*Des An-*
ʼduire en erreur.
ʼonstante, il est évident que le dia-
ʼs à cette première période, même
ʼheureusement il n'en est pas
ʼnditions différentes, peut
ʼs, la fièvre, l'amaigris-
ʼu se montrer isolé-
ʼation de la ma-
ʼ certainement
ʼné que les précé-
ʼest aux signes physi-
ʼmption.
ʼe pathologique a démontré
ʼes pouvaient occuper les pou-
ʼ signes quelconques. Cette période
immédiatement toute l'importance des
maladie; aussi de nombreux efforts ont-
ʼr.

fortement soupçonner le développement des tu-
ont des *nausées* et des *vomissements* assez fré-
ioux, avec un *développement anomal du foie* sans
itite, et lorsque ces signes sont indépendants de toute
ssent dans le cours d'une chlorose, après une rougeole
Une fièvre quotidienne, avec sueurs nocturnes, amai-
nent, rendrait le diagnostic presque certain, même en
siques suffisants (*Actes de la Soc. méd. des hôpit.*,

la percussion et l'auscultation sont ceux sur la valeur
sisté avec raison.
itrine reste souvent naturelle dans une partie de cette
un peu plus tôt ou un peu plus tard, la sonorité sous
(Louis). Depuis que mon attention est dirigée sur la
encontré des faits avec simple acuité du son sans dimi-
sous la clavicule où existaient précisément les pre-
uscultation, et j'ai dû en conclure que la simple modi-
Voy. PERCUSSION, p. 783) pouvait précéder la matité,
ent une condensation pulmonaire moins considérable
lieu d'être surpris que ce signe, indiqué par A. Flint,
ornil (*Ouv. cité*, p. 344). Il ne se passe guère de mois
l'occasion d'en montrer des exemples aux élèves du
a différence de tonalité du son sous-claviculaire, sans
, est des plus évidentes à la première période de la
ité ou l'obscurité réelle du son sous-claviculaire, elle
n comme un des signes les plus précieux de la tuber-
nais pour avoir cette valeur, il faut qu'elle soit réelle, et
des régions sous-claviculaires ne dépende pas d'une
emphysème ou d'un TYMPANISME uni-latéral, qui fait
ur *le son normal* du côté opposé. La submatité ou la

mêlés à plus ou moins de crachats muqueux ou de mucosités tiennent en suspension ; des *hémoptysies* plus rares ; une aug santé de la *dyspnée*, de l'oppression et des *douleurs* thoraci temps il existe une *obscurité du son* de plus en plus manifeste à la percussion du sommet des poumons, un *râle sous-crépit quements* dont les bulles deviennent ensuite plus grosses, et en vrai *gargouillement*, en même temps que la respiration r *trachéale* ou *bronchique* avec bronchophonie, puis *caverne rique* avec *pectoriloquie*. A cette période extrême, on peut co *de pot fêlé* par la percussion, entendre le *tintement métalliq* très-vaste caverne, et noter l'aggravation jusque-là croissante d La peau est d'une pâleur mate, la sclérotique bleuâtre et large maigreur est extrême, et fait prédominer la forme squelettique qui devient cylindrique, puis conique à sommet supérieur ; le claviculaires sont immobiles pendant les mouvements respiratoi d'autant plus déprimées que quelquefois la base de la poitrine par les viscères abdominaux. C'est dans cette seconde période s'ils ne l'ont fait dès la première, les *accès fébriles*, parfois régu surtout le soir, lès *sueurs nocturnes*, les *troubles digesti diarrhée*, auxquels se joignent les symptômes d'une profonde croissant jusqu'à la mort.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de la phthisi bien différent dans les deux périodes dont je viens simplement principaux symptômes. La seconde a des caractères tellement seulement au point de vue des signes physiques, mais encore par la toux, par l'expectoration, par le facies, le dépérissemen tique, la diarrhée, etc., que l'on ne saurait hésiter dans la ainsi que le faisaient les anciens, quoique privés du secours d Mais c'est principalement pendant la première période que le diagnostic peuvent se présenter.

Première période. — Comme Louis l'a si bien établi, une

-gine du crachement de sang, comme je l'ai montré à propos des HÉMORRHA- par la bouche (*Voy.* p. 483). Les varices de la bouche ou du pharynx, -alées par Frank et rappelées dans les derniers temps par Lasègue (*Des An-es*, p. 19, 1868), peuvent surtout induire en erreur.

Si cette évolution de phénomènes était constante, il est évident que le dia-stic de la phthisie offrirait peu de difficultés à cette première période, même le secours des signes physiques; mais malheureusement il n'en est pas -urs ainsi. La toux, qui dépend de tant de conditions différentes, peut -temps être le seul symptôme observé; les douleurs, la fièvre, l'amaigris-t peuvent manquer pendant un temps assez long ou se montrer isolé-, enfin l'hémoptysie est quelquefois la première manifestation de la ma-. Ce dernier symptôme, observé chez un jeune sujet, est certainement -i qui, pris à part, a le plus de valeur; cependant, de même que les précé-, il ne saurait que faire soupçonner la maladie, et c'est aux signes physi- qu'il faut demander la confirmation de cette présomption.

-ferai immédiatement remarquer que l'anatomie pathologique a démontré -le, Laennec, Louis, etc.) que des tubercules pouvaient occuper les pou- sans provoquer des symptômes ou des signes quelconques. Cette période -e, qui peut se prolonger, démontre immédiatement toute l'importance des -iers signes caractéristiques de la maladie; aussi de nombreux efforts ont- faits pour en établir la valeur.

-ivant H. Bourdon, on doit fortement soupçonner le développement des tu-les chez les sujets qui ont des *nausées* et des *vomissements* assez fré-s surtout après la toux, avec un *développement anomal du foie* sans -die du cœur ni hépatite, et lorsque ces signes sont indépendants de toute affection, ou paraissent dans le cours d'une chlorose, après une rougeole -e fièvre typhoïde. Une fièvre quotidienne, avec sueurs nocturnes, amai-ment et affaiblissement, rendrait le diagnostic presque certain, même en -nce de signes physiques suffisants (*Actes de la Soc. méd. des hôpit.*, -c.).

-s signes fournis par la percussion et l'auscultation sont ceux sur la valeur -quels on a surtout insisté avec raison.

-a percussion de la poitrine reste souvent naturelle dans une partie de cette -ière période; mais un peu plus tôt ou un peu plus tard, la sonorité sous -clavicules diminue (Louis). Depuis que mon attention est dirigée sur la -ité des bruits, j'ai rencontré des faits avec simple acuité du son sans dimi- de son intensité sous la clavicule où existaient précisément les pre- signes perçus à l'auscultation, et j'ai dû en conclure que la simple modi-n de la tonalité (*Voy.* PERCUSSION, p. 783) pouvait précéder la matité, -diquait par conséquent une condensation pulmonaire moins considérable cette dernière. J'ai lieu d'être surpris que ce signe, indiqué par A. Flint, nié par Hérard et Cornil (*Ouv. cité*, p. 344). Il ne se passe guère de mois -ôpital sans que j'aie l'occasion d'en montrer des exemples aux élèves du -ice, pour lesquels la différence de tonalité du son sous-claviculaire, sans -ification d'intensité, est des plus évidentes à la première période de la -isie. Quant à la matité ou l'obscurité réelle du son sous-claviculaire, elle -considérée avec raison comme un des signes les plus précieux de la tuber-ation pulmonaire; mais pour avoir cette valeur, il faut qu'elle soit réelle, et l'inégale sonorité des régions sous-claviculaires ne dépende pas d'une -ésie ancienne, d'un emphysème ou d'un TYMPANISME uni-latéral, qui fait relativement obscur le *son normal* du côté opposé. La submatité ou la

ont une valeur bien plus grande au sommet du poumon gauc
du droit.

On a encore noté dans cette période, comme signes d'aus
des saccades caractérisant la *respiration saccadée*, à laquelle
et Bourgade (*Arch. de méd.*, 1858, t. II) ont accordé une g
comme signe de phthisie à son début, mais que l'on est dispos
pleurésie sèche ou à des adhérences lâches de la plèvre. Ceper
été trop loin, dans le travail intéressant qu'il a publié dans l'
(*Des Bruits pleuraux dans la phthisie pulmon.*, 1864, t.
dérant « les bruits de craquement, de froissement pulmona
saccadée, la respiration granuleuse, le claquement de soupap
tres bruits non continus qui ne sont pas des râles » comme
dans la plèvre altérée par l'inflammation. S'il en est ainsi da
ce qu'on ne saurait nier, il s'en faut qu'il en soit constamment
ces bruits sans exception peuvent aussi bien se produire dans
niveau des feuillets des plèvres. Outre ces différents signes de
riode de la phthisie pulmonaire, il peut arriver qu'il existe alo
poumon de véritables râles humides. Des médecins inexpéri
tatant ces râles humides au sommet de l'un des poumons ou de
pent fréquemment sur le *degré* de la lésion tuberculeuse, et
avoir affaire à la seconde période des tubercules : à leur ra
des râles humides, je le répète, peuvent exister à la prem
tubercules.

Ces râles varient par leur intensité et leurs caractères, app
mentent par la toux, consistent tantôt en un simple râle sous-c
à bulles égales ou inégales, tantôt mélangé de craquements pl
mides, et de râles sibilants. Ces râles me paraissent devoir êt
congestion pulmonaire provoquée par la présence des tuber
prétation me semble démontrée par ce fait que l'on voit quel

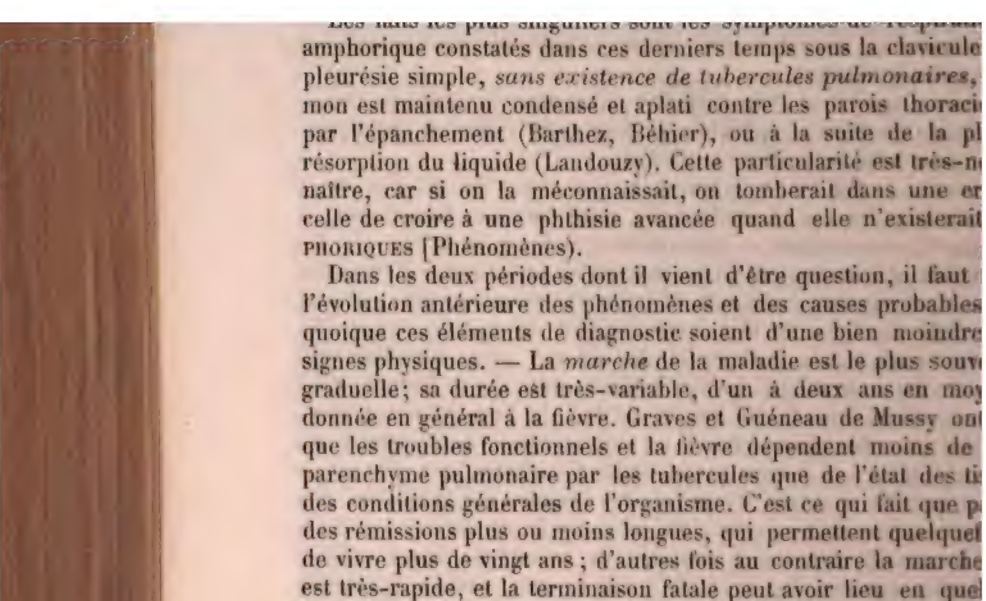
tubercules par leur plus grande ténuité, leur explosion confluente par la x, en même temps qu'il existe une expectoration visqueuse et sanguinolente. pendant il pourrait se présenter des cas dans lesquels l'expectoration ne se- nullement caractéristique; mais l'invasion aiguë des accidents, surtout si n signe antérieur de phthisie ne s'était montré, lèvera ordinairement tous doutes. — Une autre cause d'erreur que peut présenter la première période la phthisie, en raison des râles qui l'accompagnent, se présente dans certains d'hémoptysie, lorsqu'il y a, par exemple, sous une clavicule, de la matité des craquements humides dus à la présence du sang dans les dernières ifications des voies aériennes. — Si l'on voit le sujet pour la première fois qu'il existe des symptômes assez anciens que l'on puisse rapporter aux rcules, on pourra les croire arrivés au ramollissement; mais l'existence de moptysie et la cessation des râles après quelques jours de durée donneront râles leur vraie signification.

fin il peut arriver que, dans cette période comme dans la suivante, l'exis- prolongée d'une diarrhée inexplicable par une autre cause, et l'amaigris- t, suffisent pour faire soupçonner la phthisie.

uxième période. — S'il est important de ne pas croire au ramollissement tubercules dans tous les cas où existent des râles humides transitoires, il l'est pas moins de reconnaître ce ramollissement lorsqu'il existe. Or, les locaux, au lieu d'être simplement accidentels en pareil cas, diffèrent des édents par leur aggravation croissante et leurs caractères de plus en plus chés. On a voulu attribuer au râle sous-crépitant du ramollissement des ctères spéciaux; mais on n'a fait que lui donner des noms nouveaux qui priment rien d'utile au praticien. Un des meilleurs signes à rechercher dans cas douteux est celui qui est fourni par la matière de l'expectoration lors- elle contient des parcelles tuberculeuses ou des éléments histologiques du . Il ne faut pas oublier à ce propos que les stries blanchâtres que présentent crachats (*Voy.* p. 255) sont loin d'être formées toujours par la matière des rcules, et que le microscope ne peut rien apprendre ici de positif, si ce n'est quelquefois la matière expectorée contient des masses de fibres pulmo- res provenant d'une caverne (*fig.* 21, p. 256). Les progrès continus des signes ux précités pendant que l'on constate la persistance des râles humides et gmentation de leur volume et de leur nombre, restent donc la meilleure ve du ramollissement graduel des tubercules.

Les signes qui caractérisent la fonte des tubercules, ou plutôt la présence dans poumon des excavations ou des cavernes qui en résultent, sont la respiration rneuse, un râle plus ou moins humide ou gargouillement, un retentissement rneux de la voix et de la toux (pectoriloquie), parfois même, si l'excavation onaire est devenue considérable, une respiration amphorique et du tinte- t métallique. Ces signes probants peuvent se constater très-facilement; ce- dant on doit noter qu'ils ne sont sensibles parfois qu'après des efforts d'in- ration profonde ou de toux. Indices de la phthisie à sa dernière période s'il joint les symptômes avancés précédemment rappelés, on ne saurait néan- s les considérer comme pathognomoniques et infaillibles. En effet, quoique que toujours ils annoncent la phthisie au sommet du poumon, ces signes vent résulter d'excavations dues à d'autres causes, ou même se montrer qu'il y ait excavation réelle, comme on va le voir.

Parmi les cavernes pulmonaires d'origine non tuberculeuse, celles qui suc- t à la *gangrène* partielle du poumon, qui occupe d'ailleurs rarement le met de l'organe, sont surtout reconnaissables à la fétidité caractéristique


Les faits les plus singuliers sont les symptômes de respira
amphorique constatés dans ces derniers temps sous la clavicule
pleurésie simple, *sans existence de tubercules pulmonaires*,
mon est maintenu condensé et aplati contre les parois thoraci
par l'épanchement (Barthez, Béhier), ou à la suite de la pl
résorption du liquide (Landouzy). Cette particularité est très-n
naître, car si on la méconnaissait, on tomberait dans une er
celle de croire à une phthisie avancée quand elle n'existerait
PHORIQUES (Phénomènes).

Dans les deux périodes dont il vient d'être question, il faut
l'évolution antérieure des phénomènes et des causes probables
quoique ces éléments de diagnostic soient d'une bien moindre
signes physiques. — La *marche* de la maladie est le plus souv
graduelle; sa durée est très-variable, d'un à deux ans en moy
donnée en général à la fièvre. Graves et Guéneau de Mussy ont
que les troubles fonctionnels et la fièvre dépendent moins de
parenchyme pulmonaire par les tubercules que de l'état des ti
des conditions générales de l'organisme. C'est ce qui fait que p
des rémissions plus ou moins longues, qui permettent quelquef
de vivre plus de vingt ans ; d'autres fois au contraire la marche
est très-rapide, et la terminaison fatale peut avoir lieu en quel
Je reviendrai plus loin sur ces formes aiguës de la maladie. —
ses, il en est peu qui puissent éclairer le diagnostic. L'hérédité
chercher avec réserve pour ne pas effrayer le malade, la faible
titution, l'étroitesse de la poitrine, qui est loin d'avoir l'influe
attribuée, les mauvaises conditions hygiéniques, les excès vénér
bation, l'action du froid, sont les principales qui aient été signa
phthisie est primitive. Lorsqu'elle est secondaire, elle est obse
ment à la suite de la *rougeole*, de la fièvre *typhoïde*, de la
surtout de la *glucosurie*.

[U]ne affection plus rare qui simulerait la phthisie dans son évolution anato-[mi]que, selon les syphiliographes, serait la formation de tumeurs gommeuses [da]ns les poumons et leur suppuration produisant des cavernes qui, au sommet [de] la poitrine, feraient facilement croire à une phthisie tuberculeuse. La nature [sy]philitique des lésions ne pourrait être évidemment que soupçonnée pendant [la v]ie.

J'ai dit ailleurs (p. 79) ce que l'on devait penser du prétendu antagonisme de [la] phthisie avec d'autres maladies, et de l'influence de la grossesse sur la [mar]che de la tuberculisation pulmonaire (p. 471).

On voit, d'après ce qui précède, que le *siége* des tubercules aux sommets des [pou]mons où ils sont le plus développés, et que les *degrés* différents de la phthisie [qu]i dépendent de ceux de la *lésion* tuberculeuse elle-même, sont d'un grand [sec]ours pour le diagnostic. Pour Hérard et Cornil, la lésion est une; dans toutes [les] variétés de phthisie pulmonaire, il y a développement de granulations et [de pneu]monie, et la granulation, devenue opaque au centre, jaunâtre, caséeuse, [re]présente le tubercule à ses degrés divers d'évolution, dont la régression [gran]ulo-graisseuse est le dernier terme. Nous reviendrons ailleurs sur cette [ques]tion (*Voy.* TUBERCULES).

La considération des *formes* de la maladie est surtout importante pour le dia-[gno]stic. Ces formes, très-diverses, sont basées sur l'évolution histologique de la [lésio]n, sur des conditions particulières de l'organisme, sur la marche de la mala-[die], et enfin sur l'âge des malades. Du moins c'est dans ces divisions que sont [com]prises les formes les plus utiles à connaître dans la pratique.

A. — Suivant Hérard et Cornil, les granulations tuberculeuses ou tubercules [peuv]ent se former sans produire d'abord d'inflammation autour d'elles, ce qui [cons]titue une forme apyrétique. Le plus souvent elles provoquent des inflamma-[tion]s bronchiques, pleurales, pulmonaires, avec fièvre. Enfin dans certains cas [l'infl]ammation est primitive, et a pour conséquence la formation de masses [com]me caséeuses plus ou moins volumineuses : c'est la forme de tuberculisation [qui] a été nommée *pneumonie caséeuse généralisée*, et qui ne se dégage pas [nette]ment des autres formes de tuberculisation. Je ne saurais discuter ici cette [ques]tion, ce qui m'entraînerait trop loin. Je rappellerai seulement qu'elle est [prin]cipalement basée sur les recherches histologiques modernes, et qu'avant la [re]marquable publication de Hérard et Cornil, plusieurs observateurs de Strasbourg, [le] professeur Hirtz (*Leçons cliniques*), Courtières (*Thèse* d'agrégation, 1864) Feltz (*Gaz. méd. de Strasb.*, 1865) avaient séparé nettement la phthisie tu-[berc]uleuse vraie de la phthisie caséeuse ou épithéliale, si tant est qu'on doive [l'a]ppeler *phthisie*.

B. — On a admis depuis longtemps des formes de phthisie pulmonaire coïn-[cida]nt avec des diathèses particulières, parmi lesquelles la scrofule et l'ar-[th]ritis méritent seules d'être rappelées. La *phthisie scrofuleuse*, comme celle [obs]ervée chez les *arthritiques*, serait remarquable par une grande lenteur [dan]s sa marche et dans l'évolution des symptômes, et par suite par la béni-[gn]ité relative de ces symptômes.

C. — La marche rapide de la maladie lui imprime souvent un caractère [spé]cial, qui l'a fait désigner par la dénomination de *phthisie aiguë*. Observée par [le] docteur Louis, elle a été l'objet d'un excellent travail de Leudet (*Thèse*, 1851), [et] considérée comme une des expressions de la maladie décrite sous le nom de [*gra*]*nulie* par Empis, qui n'admet pas la nature tuberculeuse des granulations [se] développant alors dans le poumon, contrairement à l'opinion la plus [co]mmune (*De la Granulie ou Maladie granuleuse*, 1865). Il ne s'agit pas ici,

J'ai rapporté l'observation d'une jeune fille âgée de vingt et un
l'hôpital Cochin, et dont la phthisie aiguë ne dura que *quatorz*
clin., *Gaz. des hôpit.*, 1864, nos 66 et 67).

La forme *typhoïde* est caractérisée par un mouvement de *fi*
l'injection de la face, de l'*hébétude*, un subdelirium et plus tard
des *soubresauts de tendons*, une *respiration accélérée*, court
ne peut pas s'expliquer par une autre maladie respiratoire ou
fait défaut, par des *râles* sifflants, sonores et sous-crépitants, é
souvent à tout le poumon. Il est important pour le diagnostic de
antérieurement il existait, dans l'état général ou dans les fonctio
des troubles fonctionnels ou même des signes de tuberculisati
ou s'il existe des tubercules extérieurs (testicules, ganglions lym
L'*état typhoïde* de la phthisie aiguë ressemble à celui de certai
(pneumonie), et il diffère de la fièvre typhoïde par l'absence
abdominaux. Mais il n'en est pas moins souvent difficile de rapp
cas l'affection à la tuberculisation.

Dans la forme dite *catarrhale*, c'est une bronchite capillaire gr
sans qu'il existe de signe thoracique particulier autre que les râ
Aussi, dans les cas de bronchite analogue, faut-il se poser la
phthisie aiguë, surtout si les râles sont plus nombreux aux somme
qu'à leur base, et si les symptômes généraux ne peuvent s'ex
symptômes thoraciques.

Dans la troisième forme, appelée *latente* par Leudet, on ne p
la gravité de la maladie, qui est caractérisée seulement d'abord
d'un simple embarras gastrique, sans fièvre intense, et l'on v
mort dans un accès de *suffocation* (Waller). Cette forme est la p
ne doit-on pas croire à la phthisie dans tous les cas d'embarras g
où l'on rencontre des râles sibilants ou sonores disséminés, ce q

âge plus avancé; par conséquent que c'est surtout dans le jeune âge observe la phthisie aiguë généralisée avec symptômes de bronchite ca- ou de broncho-pneumonie.

erculisation pulmonaire est quelquefois unie chez les enfants à celle lions bronchiques, que l'on a désignée sous le nom de *phthisie bron-* et qui mérite une mention spéciale, attendu qu'elle s'accompagne de es particuliers et qu'elle s'observe assez souvent seule (*Voy.* BRONCHI-anglions], TUBERCULISATION, et TUMEURS intra-thoraciques).

it toujours s'attendre à voir survenir des complications dans le cours de sie, car elles sont très-variées. Souvent elles constituent des maladies s qui viennent se greffer sur la maladie principale. Les unes sont dues ence des tubercules dans les poumons, comme la *névralgie* des nerfs taux du sommet, certaines *congestions* pulmonaires, la *pneumonie* du , considérée de nouveau comme cause de tuberculisation, et qui est aussi e à la présence des tubercules, enfin la *pleurésie* qui, lorsqu'elle est établit une forte présomption de l'existence d'une phthisie pulmo- — D'autres complications résultent de la fonte des tubercules et de la tion consécutive; ce sont des cavernes dont les progrès produisent des *tions pulmonaires* diverses : dans la cavité pleurale (*pneumo-thorax*); tissu cellulaire sous-cutané à travers la plèvre adhérente et les muscles taux, d'où résulte un *emphysème sous-cutané*, comme dans un cas ressant publié par Cruveilhier (*Gaz. hebdom.*, 1856); à travers la peau *pulmonaires*); dans l'œsophage; et même dans le canal rachidien *paraplégie*). Mais dans les faits de cette dernière espèce, il était diffi- econnaître si les tubercules ramollis occupaient primitivement le pou- les corps vertébraux.

rforation intestinale peut également être la conséquence du ramollis- de tubercules intestinaux ou de simples ulcérations du cœcum (Leudet), oppant en vertu de la tendance à l'ulcération que présentent les mu- dans le cours de la phthisie. A cette tendance ulcéreuse (Louis) se nt les ulcérations du larynx qui caractérisent la phthisie dite *laryngée* LCÉRATIONS). — La PÉRITONITE chronique, la plupart des MÉNINGITES, arement la *péricardite* ou la *gastrite*, sont encore des complications thisie; la constatation de la péritonite chronique et de la méningite doit veiller l'idée de la tuberculisation, tant cette origine leur est habituelle. *ose du foie* complique aussi quelquefois la phthisie pulmonaire, de ue des phénomènes morbides variés résultent de la présence des tuber- ns d'autres organes que les poumons (*Voy.* TUBERCULISATION). Enfin riode avancée de la phthisie, on peut voir survenir des douleurs vives stantes dans les membres inférieurs (*arthralgie des phthisiques*, de

onostic. — La terminaison presque toujours fatale de la phthisie est s causes diverses : à la consomption graduelle produite par les désor- monaires, à l'une des graves complications que j'ai rappelées plus haut, à une hémoptysie foudroyante. Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie peut e de la rupture de petits anévrysmes de l'artère pulmonaire, signalés ne Cotton (*Med. Times and Gaz.*, 1866), et dont j'ai parlé ailleurs . 67 et 487). Quoiqu'on ait signalé dans les derniers temps un certain de faits de cette espèce, on doit les considérer comme relativement l en est de même des cas de phthisie pulmonaire dans lesquels il sur- e mort subite dont la cause est inconnue. Hérard et Cornil ont recueilli

quatre observations curieuses dans lesquelles la mort a été précédée d
tômes cérébraux (délire, hallucinations, perte plus ou moins com
connaissance sans paralysie ni convulsions), symptômes dépendant sa
des néo-membranes vasculaires qui furent trouvées sur la dure-mère.

La guérison de la phthisie tuberculeuse peut avoir lieu : c'est incon
mais elle est évidemment rare. Il n'existe pas d'ailleurs de signes p
puissent la faire prévoir. Il ne faut pas oublier que certains phthisiq
vent présenter des améliorations très-prolongées, qui rendent leur e
supportable pendant de longues années, à part des accidents aigus
rents du côté de la poitrine, qui semblent démontrer que la phthi
qu'enrayée. Il arrive, en effet, quelquefois, que la maladie, arrêtée
tanément dans son évolution, reprend ensuite une marche plus rapide,
terminer par la mort.

PHYSIONOMIE. — *Voy*. Face.

PHYSOMÉTRIE — *Voy*. Tympanite.

PIAN. — *Voy*. Frambœsia.

PIAULEMENT (Bruit de). — *Voy*. Vasculaires (Bruits).

PIED. — Les signes diagnostiques fournis par le pied peuvent d
d'affections chirurgicales dont je n'ai pas à m'occuper ici. Mais le méd
même y constate fréquemment d'importantes particularités qui sont
dépendance de maladies internes plus ou moins graves. Outre les signe
tants de la goutte et du rhumatisme, soit aigus, soit chroniques, que l'o
contre si souvent, l'atrophie des muscles de la jambe, leur paralysie, l
tracture, occasionnent des déformations du pied qu'il est utile de bien co

Un fait physiologique capital mis en lumière par Duchenne (*Electri
lisée*) ne doit pas être perdu de vue lorsqu'on étudie les déformations
dues à des phénomènes de contraction musculaire. Ce fait, le voici :
muscles destinés à mouvoir le pied sur la jambe, considérés isolément,
existe pas qui exécutent directement l'extension ou la flexion du pied,
dire sans le porter en même temps dans l'adduction ou l'abduction, et
renverser en dedans ou en dehors. L'extension ou la flexion directes
vent être obtenues que par des actions musculaires combinées. Ainsi :

1° Le triceps sural (jumeaux et soléaire) et le long péronier latér
duisent l'*extension*;

2° Le jambier antérieur et le long extenseur des orteils, la *flexion* d







Fig. 191. *Fig*. 192.

[illegible] 192. — Atrophie du triceps sural des deux côtés chez le même sujet. Il [illegible]
sont abaissés graduellement tandis que chaque avant-pied s'est infléchi sur [illegible]
[illegible] pied creux.

n, le jambier postérieur et le court péronier latéral, ses mouvements *lité*, indépendamment de la flexion et de l'extension.
joint à l'action de ces muscles principaux ceux qui meuvent spécias orteils, on conçoit combien sont complexes les actions musculaires nouvoir le pied dans l'état physiologique, et par suite les déformations ient de la paralysie ou de la contracture des muscles considérés isolé· j'ai dit ailleurs (p. 736) que la paralysie de tous les muscles du pied isait aucune déformation.
formations principales du pied qui sont la conséquence des atrophies sies musculaires, sont celles qui résultent des paralysies du *triceps*





Fig. 193. *Fig.* 194.

Paralysie du long péronier latéral, d'où résulte un *pied plat valgus* douloureux, dont l'ori signalée par Duchenne.

Paralysie des interosseux, du fléchisseur et de l'abducteur du gros orteil. L'excès d'action eurs des premières phalanges qui en résulte produit la *griffe pied creux*.

meaux et soléaire), *fig.* 191 et 192; du *long péronier latéral*, défor ie Duchenne a fait connaître le premier, *fig.* 193; du *jambier anté-*

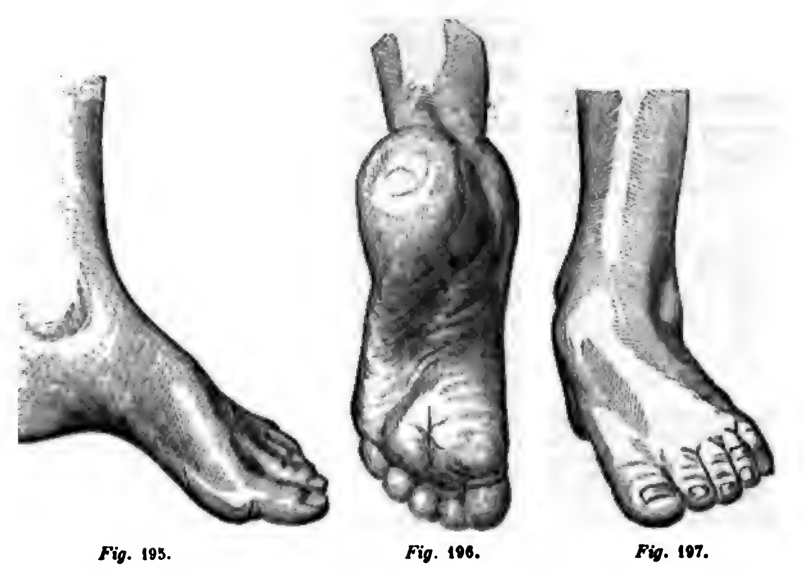


Fig. 195. *Fig.* 196. *Fig.* 197.

96, 197 et 198. — Le même pied vu en dedans, en dessous, en avant et en dehors. Contrac- ong péronier latéral, dont on voit la saillie au-dessus de la malléole externe, *fig.* 198, et pro- : *pied creux valgus*.

rieur qui produit la chute de l'avant-pied, et enfin des *muscles m*
orteils, d'où résulte le pied en griffe, *fig.* 194.

Parmi ces contractures, une des plus remarquables est celle du lon
latéral, qui produit les déformations des figures 195, 196, 197 et 198.



Fig. 198.

Fig. 199. — *Pied équin* contracture du triceps

tracture du triceps sural résulte le pied équin, *fig.* 199, qui diffère
de l'avant pied due à la paralysie du jambier antérieur, en ce que, da
nier cas, le pied reste mobile et pendant, tandis qu'il est comme ank
ses articulations avec l équin par contracture.

PIE-MÈRE. — *Voy.* MÉNINGES.

PIGMENT. — Pour compléter ce que j'ai déjà dit du pigment
MÉLANÉMIE, je dois rappeler que le pigment est la matière brune ou
paraissant noire en masse, et réellement rousse, qui donne à la
nuances diverses, du jaune-cuivre au brun foncé (Ch. Robin), s
même individu (pourtour du mamelon, scrotum, taches de rousseur, n
soit sur des individus différents (nègres, peaux rouges, etc.). Déposé
derme, il constitue le principal signe de la *maladie bronzée*, tand
défaut produit l'*albinisme* accidentel.



Fig. 200. — Mélanémie. Sang provenant du cœur droit. Globules blancs de diverses formes, remplis de granulations noirâtres, en partie anguleuses, de pigment. Grossissement : 300 diamètres (Virchow).

C'est à l'accumulation du pigment que sont d
meurs dites *mélaniques*.

L'existence de ces tumeurs dans les divers
du corps coïncide avec des urines prenant une
noire par le repos ou par l'addition d'acide az
bichromate de potasse ou d'acide sulfurique. Ap
Bolze a fait la même remarque, en consid
état des urines comme un moyen de diagnostic
mélanotique (*Prager Vierteljahrschrift*, t. I
Mais je dois faire remarquer que Marcet, Dulk
ont constaté le pigment noir des urines chez
lades exempts de cancer mélanotique, et qui av
simplement du goudron ou de la créosote
Bird).

Ces conditions différentes s'expliquent par ce fait que l'on regarde g

t les pigments comme dus à la transformation de la matière colorante du . Virchow (*Pathologie cellu-*) a montré que le dernier degré atinement des globules rouges ng formait des *corpuscules mé- ques* (*Voy.* SANG). Il rappelle ntre qu'on a extrait de l'hé- e trois formes particulières de ux colorés ou pigments, dont me principale, appelée par lui *toïdine*, est composée de pris- rhomboédriques obliques, ou les analogues à celles de l'a- urique, et d'un beau jaune âtre ou rouge de rubis. Ces ux sont communs dans les hements sanguins. Il a trouvé *ranules* de pigment dans des les blancs du sang, chez un le sujet à la fièvre intermit- , *fig.* 200; ce qui a été le de départ de la théorie de l'al- ion du sang par le pigment cette maladie (*Voy.* p. 617). iltration des granules pigmen- s infiltre le plus souvent les cel- s des tissus, ce qui leur donne spect spécial, *fig.* 201. Pour dis- uer le pigment des aggloméra- s charbonneuses qui le simu- dans les organes ou dans les uits des excrétions, il suffit, dehors de l'examen microsco- ue, d'employer comme réactif de sulfurique, qui dissout la ière pigmentaire, et qui est sans n sur le charbon.

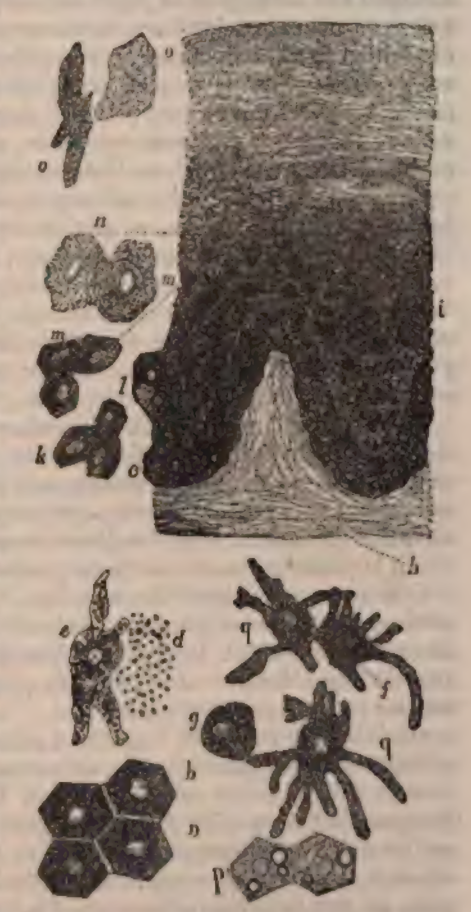


Fig. 201. — Matière pigmentaire ou pigment. — *c*, *n*, granulations pigmentaires des cellules de la couche de Malpighi. *d*, granulations pigmentaires et libres. *l*, *m*, amas de pigment dans les cellules. *b*, cellules pigmentaires polyédriques de la choroïde. *q*, cellules pigmentaires irrégulières. *p*, cellules pigmentaires avec des gouttes de graisse dans leur épaisseur.

PITUITE. — *Voy.* GASTROR- .

PITYRIASIS. — *Voy.* SQUAMES.

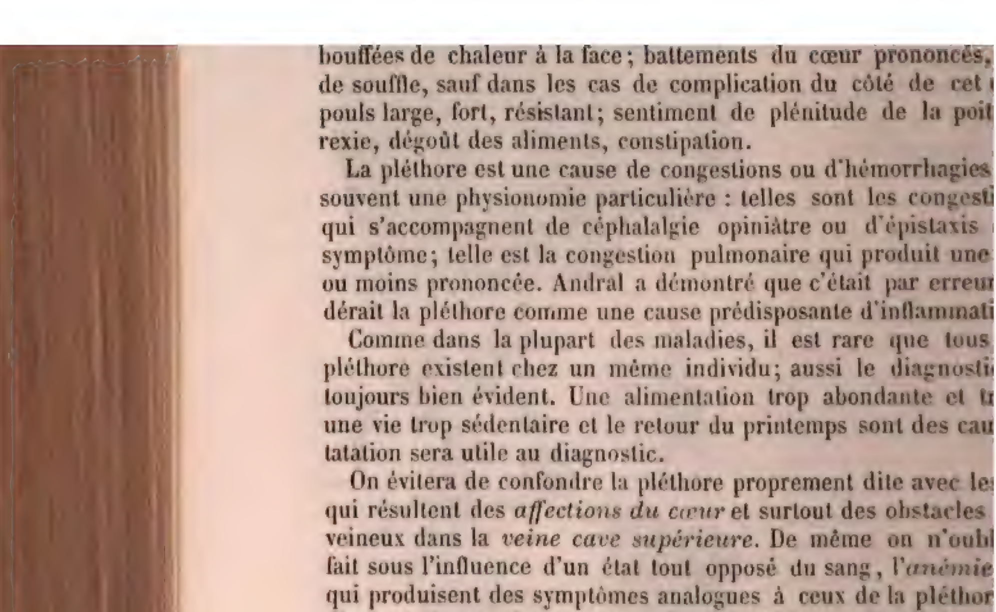
PLACENTAIRE (Souffle). — *Voy.* VASCULAIRES (Bruits).

PLAIE. — *Voy.* ULCÉRATIONS.

PLAQUES MUQUEUSES. — *Voy.* SYPHILIS.

PLESSIMÈTRE. — *Voy.* PERCUSSION

PLÉTHORE. — Depuis les intéressantes recherches de Andral et Ga- ret sur le sang, on est disposé à admettre avec ces observateurs que la plé- re est essentiellement caractérisée, non par une augmentation de la masse sang, mais par l'augmentation du nombre de ses globules et la diminution ses parties aqueuses. On a même prétendu que l'augmentation de quantité sang, admise par les anciens, ne pouvait être démontrée; mais en ceci on allé trop loin. La pléthore, rarement observée à Paris, surtout dans les hôpi-



bouffées de chaleur à la face; battements du cœur prononcés, de souffle, sauf dans les cas de complication du côté de cet pouls large, fort, résistant; sentiment de plénitude de la poit rexie, dégoût des aliments, constipation.

La pléthore est une cause de congestions ou d'hémorrhagies souvent une physionomie particulière : telles sont les congesti qui s'accompagnent de céphalalgie opiniâtre ou d'épistaxis symptôme; telle est la congestion pulmonaire qui produit une ou moins prononcée. Andral a démontré que c'était par erreur dérait la pléthore comme une cause prédisposante d'inflammati

Comme dans la plupart des maladies, il est rare que tous pléthore existent chez un même individu; aussi le diagnosti toujours bien évident. Une alimentation trop abondante et tr une vie trop sédentaire et le retour du printemps sont des cau tatation sera utile au diagnostic.

On évitera de confondre la pléthore proprement dite avec le qui résultent des *affections du cœur* et surtout des obstacles veineux dans la *veine cave supérieure*. De même on n'oubl fait sous l'influence d'un état tout opposé du sang, l'*anémie* qui produisent des symptômes analogues à ceux de la pléthor d'autant plus en imposer que, dans certains cas d'anémie, la pâle, est plus fortement colorée que d'habitude (*Voy.* ANÉMIE, surtout lorsqu'il y a surabondance de l'élément aqueux du sa thore séreuse, ainsi que l'a signalé Beau, que l'on observe tou pléthore, autre preuve de l'augmentation de la masse du sang à laquelle se rattachent la plupart des symptômes attribués à c

PLEURÉSIE. — L'inflammation de la plèvre n'est bien c Laennec. Elle a été après lui l'objet de travaux nombreux, rappellerai ceux de Andral, Louis, Chomel, Barth, Stokes, Hey

mmédiatement après des *phénomènes fébriles* d'invasion, qui font d'ail-s souvent défaut, une *douleur* variable d'intensité, siégeant ordinairement le mamelon du côté affecté ou au niveau de la base de la poitrine, plus ment dans tout le côté, augmentant par l'inspiration, par la toux, les grands vements, la pression ou la percussion ; une *dyspnée* plus ou moins pronon-une respiration quelquefois entrecoupée ; une *toux* rarement incommode, le souvent rare, parfois même nulle ; une *expectoration* simplement blanchâ-u salivaire, lorsqu'elle existe, mais faisant le plus ordinairement défaut ; à la *ussion*, une matité plus ou moins étendue de bas en haut du côté affecté, résistance sous le doigt, et contrastant quelquefois avec le son tympanique a région sous-claviculaire ; à l'*auscultation*, du *bruit de frottement* s'il a pas d'épanchement ou si l'épanchement est résorbé ; un *murmure respi-ire affaibli* ou *nul*, et plus fréquemment une *respiration soufflante* ou chique d'un caractère aigu et aigre, de l'*égophonie* et plus rarement une riloquie éloignée ; à la *palpation*, la diminution ou l'abolition complète vibrations thoraciques, et parfois le refoulement du *foie* ou de la *rate* vers lomen ; à la *mensuration* cyrtométrique, l'ampliation du diamètre verté-mammaire du côté affecté dans la plupart des cas ; dans des faits excep-els, une *ampliation* visible à l'*inspection* de la poitrine au niveau de nchement ; et enfin, lorsque la pleurésie est le plus aiguë, des *phénomènes iles* ordinairement en rapport avec l'intensité de la douleur et la rapidité évolution de la maladie, mais qui sont loin d'être constants.

Inductions diagnostiques. — Cet ensemble de données, aussi simple-t groupées, ne saurait servir de base sérieuse au diagnostic, si leurs carac-s particuliers n'étaient d'abord signalés et discutés. — Pour en reconnaître cte valeur, il est urgent de les considérer à part : avant l'épanchement, ad l'épanchement existe, quand il est résorbé. C'est pour n'avoir pu tenir pte de ces conditions fondamentales que les anciens n'ont pas distingué c une suffisante précision la pleurésie de la plupart des autres maladies ai-s ayant leur siége à la poitrine.

A. — *Avant l'épanchement*, le diagnostic précis de la pleurésie simple est possible, à moins qu'il n'existe un bruit de frottement bien caractérisé ; car sque ce signe manque, ce qui est d'ailleurs le cas le plus ordinaire, les pro-mes généraux des maladies aiguës n'indiquent ici rien de positif, de même la dyspnée et même que la douleur ou *point de côté*, qui peuvent être portés à une pleurodynie, à une névralgie intercostale, à une congestion monaire, ou bien à une pneumonie commençante. Chez les enfants, la dou-r est même souvent inappréciable, et l'on peut, d'un autre côté, croire d'au-t plus facilement à une pneumonie, que des observateurs spéciaux (Barthez Rilliet) ont noté chez eux la *respiration bronchique* comme symptôme du ut de la pleurésie.

B. — L'*épanchement* qui résulte de l'inflammation de la plèvre s'annonce r des signes physiques qui sont les plus positifs et les plus importants de la ladie.

La *matité* la moins étendue doit être recherchée en dehors et en arrière du é affecté, où elle forme une demi-ellipse à convexité supérieure, qui ne s'é-d pas d'abord jusqu'à la colonne vertébrale, et qui a été signalée avec justesse r Damoiseau (*Arch. de méd.*, 1843, t. III). Si l'épanchement est plus abondant, ligne de niveau devient horizontale en arrière en s'incurvant latéralement r occuper en avant une hauteur moindre dans la direction des côtes ; si matité, qui peut envahir tout le côté, est presque complète, c'est sous la



pathognomonique dans la pleurésie, si la maladie est aiguë et
douleur, à plus forte raison s'il y a fièvre à son début

L'auscultation ne le cède pas en importance à la percussio
quand elle est franche, est, quoi qu'on en ait dit, un aussi bon sig
mobile, mais peu constant comme elle. Il paraît se rattacher à
médiocrement abondant. — Parmi les autres données de l'aus
signaler d'abord le timbre parfois aigu, efféminé, de la voix a
observé quelquefois dans des épanchements abondants; il se
lonne d'air et le champ de la résonnance vocale soient notabl
— Un signe d'auscultation d'une très-grande valeur est la respi
soit au niveau de la matité, soit au-dessus. Le souffle qui la c
dinairement doux comparativement au souffle dur et métalliqu
nie, de même que le souffle anémique du cœur comparé au
tendu au niveau des orifices rétrécis et indurés de cet organ
soufle comme signe de la quantité plus ou moins considéra
ment n'est pas encore bien connue, puisqu'on l'a attribué
épanchements faibles (Hirtz) qu'à des épanchements considérab
douzy). — J'ai remarqué que, pendant la période de respirati
souffle entendu seulement dans l'expiration se montrait au com
la fin de l'épanchement, tandis qu'il envahissait l'inspiration et
le temps intermédiaire. La seule expiration soufflante me sem
porter à un épanchement moins considérable. — Quant au sou
(*Voy.* ce mot), qui est assez rare, il indique une forte comp
pulmonaire lorsqu'il est dû à un épanchement, dès lors très-
diminution des vibrations thoraciques à la palpation est un trè
il faut se défier des cas dans lesquels une diminution apparent
qu'un effet relatif de l'augmentation du côté opposé. La palpati
parfois le *refoulement du foie* dans la pleurésie droite, et celu
celle du côté gauche; mais ce signe n'a pas de valeur diagnosti

nt en dehors vers la base, lorsqu'on examine le malade en face. Le tracé métrique sur le papier montre quelquefois cette ampliation avant qu'elle sible à la simple inspection; dans ce cas, on constate que l'ampliation du ffecté relativement à l'opposé est très-sensible au niveau du diamètre vertéammaire.

s signes peu ordinaires de l'épanchement sont la *fluctuation*, obtenue au n d'un espace intercostal lorsque le liquide est très-abondant (je ne l'ai atée qu'une seule fois), et l'*anesthésie* du côté affecté, signalée par Aran . *des hôpit.*, avril 1853).

voit que, si certains signes physiques ont une valeur réelle, il en est un in nombre qui peuvent soulever des difficultés, si on les considère isolément. is en plus ou moins grand nombre, ils indiqueront la présence d'un liquide la plèvre; mais ce n'est que par le rapprochement que l'on fera des autres tômes que l'on arrivera à attribuer l'épanchement à la pleurésie. Après constaté comme antécédents les signes du début, on aura à rapprocher de de l'épanchement : le point de côté, qui se manifeste surtout à l'invasion; spnée parfois considérable, d'autres fois légère, mais qu'on doit considérer ie constante, qu'elle soit spontanée ou provoquée seulement par la marche s mouvements; la toux, habituellement sèche et rare, nulle même dans cercas; un mouvement fébrile et des symptômes généraux ordinairement peu ncés, à moins que la marche de la maladie ne soit très-aiguë. Le décubiur le côté affecté n'est pas un signe fréquemment observé; comme dans autre affection thoracique douloureuse, il est simplement motivé par le gement qu'il procure au malade.

st évident, d'après ce qui précède, que c'est la percussion et l'auscultation urnissent les signes les plus probants de l'épanchement pleurétique. Mais t savoir que, s'il en est ainsi dans la presque totalité des cas, on peut en ntrer d'exceptionnels dans lesquels de vastes épanchements ne donnent i à la matité ni à la faiblesse prononcée du bruit respiratoire, qui en sont ellement la conséquence. J'ai communiqué deux faits de ce genre à la té médicale des hôpitaux : le son resta clair au niveau de l'épanchement, ême temps que la respiration était partout bien entendue. Cette anomalie ru tenir à des adhérences aux parois thoraciques antérieures du poumon rimé par l'épanchement : le bruit respiratoire, renforcé dans le poumon rimé, se transmettait à travers le liquide épanché, et le son de percussion érait de même au niveau du poumon condensé, se propageant par les en dehors de l'épanchement. Quelle que soit la valeur de l'explication, il sentiel de savoir que de pareils faits peuvent se rencontrer dans la pratique *Bulletins et Mém. de la Soc. des hôpit.*, 1866, et *Union méd.*, 1866, X).

— Lorsque l'*épanchement est résorbé*, il peut arriver qu'il paraisse exister e. C'est lorsque l'épaisseur des fausses membranes organisées donne lieu à atité avec absence du bruit respiratoire, ou bien avec persistance du souffle hique ou même amphorique dû à la condensation du tissu pulmonaire (Lan-); à plus forte raison pourra-t-on croire à l'épanchement s'il y a persistance n tympanique sous-claviculaire (Woillez, Landouzy). C'est bien à tort que a conclu d'expériences peu probantes qu'une fausse membrane épaisse curcissait pas la résonnance obtenue par la percussion. Cette croyance sealheureuse si elle se généralisait, car elle multiplierait l'erreur diagnosdéjà commise par des praticiens distingués, qui ont ponctionné la poitrine que j'en ai vu un exemple suivi de mort), croyant à un épanchement abon-

dant alors qu'il était résorbé. Dans ces cas difficil frottement très-étendu, l'inspection, et la mens seules ressources diagnostiques.

Les faits dans lesquels il y a un bruit de frotte généralisé sont faciles à reconnaître. C'est dans *sent* le frottement à la palpation. J'ai rencontré été atteint successivement de deux pleurésies, d une matité étendue des deux côtés et une dyspné suffocation due au défaut d'expansion respiratoire si un bruit de frottement saccadé, parfaitement c démontré l'absence de tout épanchement pleuréti

Lorsque l'inspection de la poitrine révèle un r siége la matité, on ne peut hésiter non plus à ad si les antécédents se rapportent à l'existence d'un alors moins volumineux que l'opposé, l'épaule es maigre, le côté malade paraît plus émacié que l' l'ai signalé ailleurs (*Rech. sur l'inspect. et la m* à ce que les côtes, abaissées par suite du rétrécis espaces intercostaux que par leur bord supérieur entière. J'ai rappelé en même temps qu'au lieu du vait constater un rétrécissement partiel, mais qu' sions antérieures normales du côté droit, et pos paraissent assez fréquemment déprimées par su opposé. En définitive, si le rétrécissement est r présomptions pour la résorption du liquide, sinon progrès.

Mais la mensuration cyrtométrique fournit des complétement probantes dans les cas difficiles où faut. Tantôt, en effet, elle révèle une *rétrocessi* s'effectue encore après la résorption du liquide; *rétrécissement* de la poitrine déjà effectué du cô sement échappe encore à la simple inspection.

Enfin il me reste à rappeler, comme signe cor panchement, une particularité importante à co *bruit respiratoire* dans le côté qui a été affecté au côté opposé, qui persiste pendant nombre d'a Louis dans cette condition.

L'étude des *antécédents*, comprenant la *mar* son *origine*, sera fort utile au diagnostic dans le après sa résorption.

Quant à l'évolution de la pleurésie aiguë, on vasion a lieu avec ou sans fièvre, que la douleu seul symptôme fonctionnel observé d'abord, et q toute la maladie avec le bruit de frottement (pleu les plus ordinaires, l'épanchement apparaît dès l début, et alors tantôt il reste très-peu abondant ou moins de lenteur, et tantôt il s'accroît sensibl puis décroître jusqu'à sa résorption complète. Il riode d'augment dépasse les limites ordinaires o tionnaire longtemps.

Ces différentes phases de l'épanchement, qui

ɔu moins stationnaire, et décroissant, peuvent être révélées par la per-
ɒn et l'auscultation, et plus rarement par l'inspection de la poitrine, lorsque
ıchement est considérable. Mais je signalerai aux praticiens un fait vul-
en leur rappelant que souvent rien, dans le niveau de la matité ou dans
ıénomènes respiratoires, n'indique de changements intérieurs pendant un
ı assez long; de là de l'incertitude ou même de l'inquiétude de la part
édecin relativement à la marche de l'épanchement. Pendant cet état
nnaire apparent, le liquide épanché peut, en effet, augmenter ou décroître
: manière latente. Or, le cyrtomètre, le cyrtomètre seul, je puis le dire
avoir recueilli un grand nombre de faits, permet de saisir l'augmentation,
stationnaire, et le début de la décroissance de l'épanchement, sa marche
se en un mot. Il montre d'abord l'ampliation latente de la poitrine se fai-
graduellement (parfois avec des oscillations accidentelles) sous l'influence
ırogrès de l'épanchement, ampliation manifeste soit par l'augmentation du
ıètre général de la poitrine, soit par l'allongement de ses diamètres ver-
-antérieurs (vertébro-sternal ou vertébro-mammaire du côté affecté). La
métrie révèle également le début de la résolution de l'épanchement, en
ıissant des résultats opposés à ceux de l'ampliation : diminution du péri-
e général, raccourcissement des diamètres vertébro-antérieurs du thorax.
ariations du périmètre général ont été de 1 1/2 à 6 et même 7 centimètres en
le jours, et celles des diamètres vertébro-antérieurs de 17 à 44 millimètres.
ıst surtout dans les cas d'épanchements abondants avec fixité des autres
s physiques (condition plus fréquente qu'on ne pense), que l'on peut s'ai-
le la mensuration cyrtométrique, avec l'emploi de laquelle *il n'y a pas
ınchements pleurétiques à marche latente*.

cyrtomètre m'a en outre révélé une circonstance bien remarquable de la
ution de l'épanchement, c'est que souvent des *sueurs* coïncident avec le
t de la rétrocession indiquée par l'empoi de l'instrument. L'apparition des
s constitue par conséquent un très-bon signe, trop négligé de nos jours,
: amélioration commençante.

i à peine besoin de faire remarquer que la cyrtométrie donne aussi à l'op-
nité de la thoracentèse (hors le cas de nécessité urgente) une précision
ınue.

s *causes* de la pleurésie aiguë sont également utiles à constater pour le
ıostic. On hésitera à croire à son existence dans la première année de la
t dans la vieillesse, car elle est pour ainsi dire inconnue dans ces conditions.
ı'oubliera pas non plus qu'elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme
chez la femme (::31:5); et que les causes accidentelles les mieux démon-
pour la pleurésie primitive sont des *refoidissements* subits ou prolongés ,
rarement des *coups* sur la poitrine; et enfin que la pleurésie est souvent
ndaire. Elle se développe alors sous l'influence des *tubercules*, de la *gan-
ıe*, de l'*apoplexie* pulmonaire, de la *pneumonie*, par suite des *perfora-
s* du poumon (*Voy.* PNEUMO-THORAX), dans le cours du *rhumatisme*, de la
e *puerpérale*, etc. Les abcès du sein ou de l'aisselle (*Arch. de méd.*,
), t. XXII) et même ceux des organes abdominaux, peuvent se faire jour
ı la plèvre, et occasionner des pleurésies mortelles. Et ce ne sont pas seule-
t les abcès voisins du diaphragme qui pénètrent dans la séreuse, mais des
s éloignés et jusqu'à des abcès urineux qui peuvent fuser le long du psoas
u'à la poitrine (Raoul Leroy d'Étioles, *Soc. anat.*, 1857).

ı pleurésie sans épanchement se distingue de la *pleurodynie* par le bruit
rottement; la confusion est inévitable dans le cas où la douleur est le seul



la pleurésie, et leur augmentation au contraire au niveau de l n
naire, seront d'un grand secours; de plus, le souffle ira en augı
en descendant, ainsi que la bronchophonie dans la pneumon
souffle pleurétique diminuera au contraire en descendant, en
le retentissement de la voix s'éloignera de plus en plus. Cett
curité du bruit vocal en bas s'explique par l'épaisseur plus
inférieurement; enfin les symptômes généraux seront, dans
rapport avec l'étendue des signes locaux perçus, ce qui n'au
souvent dans la pleurésie.

On sait qu'il n'est pas rare d'observer réunies la pneumo
(*pleuro-pneumonie*), et qu'alors l'épanchement, ordinairem
est surtout remarquable par une matité complète vers la ba
le silence absolu des bruits respiratoires dans le même point,
une égophonie franche limitée au niveau supérieur de la ı
plèterai ce diagnostic différentiel à propos de la pleurésie chr

Il existe des *formes* de pleurésie aiguë différentes par leur
allures particulières ; il est indispensable de ne pas les perdı
s'agit de cette maladie. J'ai parlé précédemment de la pleurés
rencontre principalement dans le cours de la phthisie. La ple
présente des deux côtés les mêmes signes que la pleurésie sin
d'origine tuberculeuse. Ces deux formes sont d'ailleurs rares
le sont moins encore que les pleurésies *interlobaire*, *médi*
pulmonaire, dans lesquelles le liquide épanché est limité p
et, s'il est purulent, rejeté quelquefois au dehors par les bro
perforé le poumon : on peut croire alors à une vomique pulr
résie costo-pulmonaire ne peut faire croire à la présence d'ı
thoracique, dont le développement est beaucoup plus lent;
quelquefois par une saillie partielle de la poitrine. Mais auc
résies partielles n'a l'importance ou la gravité de la *pleuré*
tique, qui mérite une mention spéciale.

Cette forme de pleurésie est celle qui s'éloigne le plus du typ

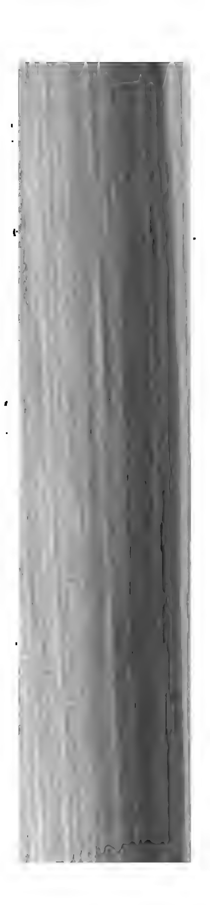
blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, foyer dont la moindre pres-
provoque un cri du malade et parfois une sorte de suffocation ; le refoule-
t de bas en haut de la région de l'hypochondre provoque aussi une douleur
de même que la pression de la partie postérieure du dernier espace inter-
l et surtout celle de l'intervalle des attaches du sterno-cléïdo-mastoïdien,
e trajet du nerf phrénique du même côté. La douleur peut quelquefois être
lancée dans ce point et avoir un caractère lancinant de l'hypochondre à la base
ou ; enfin des douleurs spontanées peuvent aussi exister dans la région
-claviculaire et s'irradier à l'épaule, mais elles sont secondaires (Guéneau de
y). En même temps, la *respiration* est exclusivement costale, précipitée,
ante, comme convulsive ; la *toux* fréquente, contenue, sèche ; le *pouls* le
souvent accéléré, concentré; une fois Guéneau de Mussy a constaté le *rire
onique;* presque toujours il y a des *hoquets*, des *nausées* et *des vomisse-
ts* surtout au début, et, dans certains cas, une douleur au cardia lors du pas-
d'un bol alimentaire; l'épanchement peut refouler le *foie* vers l'abdomen, il
rfois de l'*ictère;* les nuits sont agitées, il y a des exacerbations, surtout le soir,
ans les cas funestes, qui sont fréquents, du *délire* et du *coma* précédant
ort.

diagnostic de la pleurésie diaphragmatique ne saurait être fondé que sur l'en-
le des signes qui précèdent. Les douleurs vives qui s'étendent du cou à l'hy-
ondre, jointes à la dyspnée et à la gravité de l'état général, peuvent faire
çonner l'existence de ce genre de pleurésie, dans laquelle les douleurs pro-
ées que j'ai rappelées tout à l'heure ont une importance toute particulière.
empêcheront, surtout lorsque l'ictère fera défaut, de croire à une *hépatite
ē*. J'ai vu à Necker un cas remarquable de pleurésie diaphragmatique dont
mptômes ont été conformes à la description générale de Guéneau de Mussy,
ez lequel je trouvai à l'autopsie la plèvre droite enflammée partout et ses
ets réunis par des adhérences molles, sauf au niveau de deux foyers puru-
volumineux, l'un limité vers la concavité médiastine du poumon, et l'autre
sa base et le diaphragme.

it-on, au lit du malade, déterminer la *forme purulente* ou *non purulente*
pleurésie? Oui, suivant certains observateurs. Il me paraît certain que les
ésies qui *succèdent* à la pneumonie ou à l'action d'une violence traumatique
sée au thorax, doivent être considérées comme purulentes. Mais, en dehors
s conditions, il est vraiment impossible, d'après les observations, de réunir
ignes distinctifs suffisants. La marche suraiguë de la maladie et l'intensité des
omènes fébriles doivent faire admettre la purulence de l'épanchement, dans
urésie diaphragmatique par exemple; mais dans les autres cas, il ne peut
r que de simples présomptions, à moins que l'on ait recours au trocart
aire explorateur, ou que le pus soit expulsé par les bronches.

fin il me reste à rappeler à propos des formes de la maladie, que l'on a voulu
ltre une *pleurésie latente*, dans laquelle un épanchement plus ou moins
dérable ne donne pas lieu à des symptômes qui puissent attirer l'attention
lle. Ces faits sont réels ; mais ils cessent d'être latents par l'exploration des
les par la percussion et l'auscultation. On a également appelé latentes des
ésies avec épanchement considérable qui paraissent stationnaires, et qui se
nent tout à coup par la mort: j'en parlerai tout à l'heure à propos du pro-
c.

ı point de vue de son intensité, on peut dire que la pleurésie aiguë pré-
trois degrés qu'il est bon de distinguer. 1° Les phénomènes généraux et
ıx sont légers ; il y a très-peu ou pas de fièvre, même au début ; l'épanche-



résie purulente ou d'*empyème*, les *perforations* de la plèvi au pus de parvenir *sous la peau*, où il détermine des *abcè* spontanée donne issue au pus, ou bien *vers le poumon*, liquide purulent a lieu par les bronches, ordinairement en produit alors un PNEUMO-THORAX. Lorsque la pleurésie est lin sion pourrait simuler une dilatation des bronches (*Voy.* p. 29

3° *Pronostic.* — Un fait pronostique très-important, c'est aiguë survenue dans le cours d'une bonne santé est habitu guérison. Cette proposition de Louis, qui avait constamment résies primitivement simples, a été contestée dans ces der qu'on a rencontré des faits exceptionnels, qui ne suffisent p détruire la règle, mais qui la rendent seulement moins abso des malades présentant un épanchement abondant, sans syn rence graves, se trouver dans un état général qui paraissait et qui succombaient rapidement à une suffocation ou à duite plus ou moins rapidement par un épanchement excessi teau, Pidoux, Trousseau, Hervieux, Vigla, etc.). On a admis résies primitives à forme *latente* très-insidieuse, qui ne pe poser en principe l'innocuité *absolue* de la maladie chez les bien portants.

Ces faits sont certainement très-importants à connaître ; serait conjurée si l'on constatait l'imminence de la terminais progrès latents mais incessants de l'épanchement; car la tho moyen infaillible de l'empêcher. Or, la mensuration cyrtomé question plus haut) permet seule de suivre ces progrès caché du liquide intra-pleural, qui distend les parois thoracique nière à en empêcher l'expansion : d'où la syncope mortell crois avoir démontré dans mon Mémoire, où j'ai établi l'opp

ième jour de la maladie. Ces chiffres, de même que le terme de quinze à jours pour la pleurésie simple, ne sont, bien entendu, qu'approximatifs; , à mon avis, ils n'en sont pas moins importants au milieu du vague déses- st que, sans le secours du cyrtomètre, présente la question du pronostic pleurésie, dans des circonstances plus nombreuses qu'on ne serait d'a- disposé à le croire.

Pleurésie chronique.

est difficile d'établir où finit la pleurésie aiguë et où commence la pleurésie nique, du moins lorsque la seconde suit la première. Mais il n'en est plus lorsque la pleurésie est chronique dès le début, ce qui arrive principale- lorsqu'elle constitue une complication, condition la plus ordinaire.

st principalement dans le cours de la *phthisie* pulmonaire, d'une *maladie eur* et dans le *cancer* du poumon que l'on voit survenir la pleurésie chro- e. J'ai signalé à propos du cancer du poumon, dans la première édition de ouvrage, l'importance de la pleurésie chronique avec épanchement qui lique cette maladie. Aviolat, dans sa thèse si complète sur le cancer pul- aire (1861), a insisté aussi sur cette complication.

peut dire qu'en général, à part l'état fébrile du début et l'évolution rapide pleurésie aiguë, les mêmes symptômes à peu près se rencontrent dans qui est chronique. Cependant on a signalé la fièvre hectique, le dépéris- nt, l'anasarque et l'œdème du membre supérieur du côté affecté, comme térisant la pleurésie chronique; mais il faut faire la part des affections s concomitantes qui sont l'origine de l'épanchement pleurétique, et dont mptômes peuvent se confondre avec ceux dus à la complication pleurale. surtout ici que l'on observe les dilatations de la poitrine les plus considé- s, parce qu'elles se sont opérées insensiblement, les organes intra-thora- s s'habituant peu à peu à la compression. Cette dilatation peut facilement connaître à première vue du côté affecté; il est généralement plus bombé opposé, immobile dans l'inspiration, les espaces intercostaux sont élargis elquefois même saillants. Oulmont, dans son excellente thèse *sur la pleu- chronique*, a signalé le développement du côté droit de l'abdomen par du refoulement du foie dans certaines pleurésies du côté droit. Lors- les siégent à gauche, elles peuvent refouler tellement le cœur à droite n croirait à une transposition des organes. On peut aussi observer des faits genre dans des pleurésies aiguës. Une cause de méprise plus rare est la mission, à travers un épanchement chronique considérable, de râles pul- aires, se produisant dans un point parfois très-éloigné des organes de la ration (Chomel, *Pathologie générale*), râles que l'on serait porté à e transmis par une tumeur solide. Peut-être y a-t-il en pareil cas des rences du poumon aux points thoraciques, comme je l'ai signalé pour cer- s pleurésies aiguës (p. 841).

est encore principalement dans la pleurésie chronique que se produisent perforations pleuro-cutanées (abcès) ou pleuro-pulmonaires dont il a été tion à propos de la pleurésie aiguë, et qui sont fréquemment suivies de ison. L'abcès sous-cutané qui se produit dans le premier cas peut former saillie considérable sans s'ouvrir de lui-même; il offre quelquefois une e violacée et des pulsations (Stokes), qui le feraient prendre pour un ané- me si, comme dans le fait remarquable rapporté par Aran (*Soc. des hôpit.*, 1858), il n'y avait en même temps retrait de la tumeur extérieure dans piration, et saillie dans l'expiration, ce qui démontrait sa communication l'intérieur de la poitrine. Graves et Heyfelder ont aussi publié des exemples



chroniques. Moutard-Martin et Oulmont en ont cité de rem
à la Société des hôpitaux (juillet 1856). L'erreur est inévit
faits; mais on peut y échapper lorsque la ligne de niveau d
meurs, au lieu de s'incurver en avant comme je l'ai rappelé p
la pleurésie, est horizontale d'arrière en avant quand le mal
elle ne change pas dans le décubitus (*Voy.* TUMEURS).

On pourrait aussi confondre la pleurésie chronique *do*
thorax. Mais dans l'hydro-thorax, les phénomènes initiaux d
défaut, en même temps qu'il existe ordinairement des épanc
tres séreuses que les plèvres, et l'une des affections sous l'i
se développe l'ANASARQUE.

La mort est la terminaison fréquente de la pleurésie chr
à elle-même, et si elle est secondaire. Lorsque la guériso
voir s'accompagner de ces rétrécissements considérables
ont été décrits par Laennec, et qui vont jusqu'à produire u
mité, en abaissant l'épaule et en faisant incurver latérale
même côté. Walshe a fait remarquer avec raison qu'il ne fa
le rétrécissement de la pleurésie avec celui qui s'effectue a
pulmonaire. Dans un des faits du cancer du poumon que j'ai
à la fois dépression sous-claviculaire au niveau de la tume
pleurétique assez abondant inférieurement. La réunion
pourrait être considérée comme pathognomonique.

PLEURODYNIE. — Le rhumatisme musculaire des
ainsi désigné se distingue des autres douleurs superficielles
son aggravation marquée ou son apparition au moment d
pression des muscles atteints (ordinairement les intercostau
loureux bien déterminés, et par l'absence des signes d'une
racique s'accompagnant de douleurs analogues, comme la
naire, la pneumonie, la pleurésie (*Voy.* CONGESTION pulm
TISME musculaire).

LIQUE. — *Voy.* Trichoma.

LOMB. — *Voy.* Intoxication saturnine.

NEUMATOCÈLE (du crâne). — Ce nom a été donné par Thomas (*Arch. méd.*, 1866, t. VII) à une tumeur gazeuse de la région crânienne, produite a perforation de la lame externe des cellules mastoïdiennes, ou des sinus aux. Observée par Lecat (1741), Lloyd (1779), Pinet (1833), Jarjavay (1852), sa (1854), cette affection fut décrite pour la première fois par Costes (de eaux) qui limita son sujet aux tumeurs dues aux lésions de l'apophyse oïde.

tte affection débute par le soulèvement des parties molles soit à la région ale, soit à la région mastoïdienne, d'où la tumeur peut s'étendre à toute due du crâne. Elle est élastique, sonore à la percussion, réductible par la ion avec un bruit de sifflement perçu par le malade comme par l'obser- r auscultant la région mastoïdienne, et pouvant s'accompagner d'un dissement ou de suffocation (Jarjavay). Cette pneumatocèle augmente lente- nt et met plusieurs mois à envahir tout le crâne; elle a été observée chez te (de 16 ans à 57) et paraît due à l'atrophie de la paroi externe des cel- mastoïdiennes ou des sinus frontaux (Thomas). Ces caractères suffisent faire reconnaître facilement cette affection, qui est de nature bénigne.

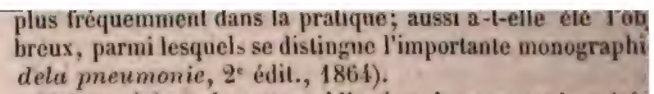
NEUMATOSES. — J'ai traité aux mots Emphysème sous-cutané, Météo- , Tympanite, Pneumo-thorax, des principales affections de ce genre. Les s généraux des pneumatoses sont l'augmentation de volume des parties at- s, la sonorité claire, dite tympanique, qu'elles rendent à la percussion, et s phénomènes de compression des organes limitrophes. Le *pneumo-péri-* e est un état pathologique exceptionnel qui s'annoncerait par un bruit de a de clapotement à chaque impulsion du cœur (Bricheteau).

NEUMO-GASTRIQUES (Nerfs). — Ces nerfs, desquels dépendent en e partie les fonctions du pharynx, du larynx, des poumons, du cœur, de mac, ont des anastomoses avec le spinal et le grand sympathique qui ren- moins nets les troubles fonc- els qui doivent leur être rtés. Cependant l'aphonie anifestement produite par le llement ou la compression erf récurrent, dus à des tu- s du médiastin, et particu- ment à des anévrysmes de te. Une dyspnée pouvant al- squ'à la suffocation et même hyxie est produite par la sec- de ces nerfs; elle résulte de la compression du pneu- gastrique, à laquelle on a bué encore l'engouement onaire et l'accumulation de sités bronchiques.



Fig. 202. — Atrophie scléreuse des fibres nerveuses (Jaccoud).

ne l'a fait Jaccoud pour ade dont il a rapporté l'in- ante observation (*Clinique médicale*, p. 400), on pourrait diagnostiquer une tion des pneumo-gastriques, lorsqu'il survient successivement des vomisse- s persistants, puis la raucité de la voix et un essoufflement des plus pénibles.



plus fréquemment dans la pratique; aussi a-t-elle été l'ob
breux, parmi lesquels se distingue l'importante monographi
de la pneumonie, 2ᵉ édit., 1864).

Mais en dehors de cette publication, la pneumonie a été
travaux de Barthez, Rilliet, Charcot, Vulpian, Béhier et de b
servateurs, qui ont publié des Mémoires plus ou moins imp
points de l'histoire clinique de la pneumonie. Moi-même
recherches dont je rappellerai seulement quelques particul
prochainement l'objet d'une publication spéciale (*Clinique d*
des organes respiratoires, 1870).

La pneumonie a été divisée en aiguë et chronique. Mais
que de la première. Le diagnostic de la pneumonie chroniq
possible pendant la vie, ainsi que cela ressort des recherch
Pneumonie chronique, Thèse d'agrég., 1860).

1° *Éléments du diagnostic.* — La pneumonie franche e
lement par les symptômes suivants : *douleur* sous-mammai
toux, l'inspiration et les mouvements de la poitrine; *accélé*
ration et *dyspnée* variable, parfois avec sentiment de cons
toux suivie bientôt de *crachats visqueux*, demi-transparen
aérés, très-adhérents, mélangés intimement à du sang qui l
leur franchement *rouge*, ou une teinte variable de *brique p*
safran, de sucre d'orge, ou *jaune citron*, parfois verte,
pruneaux, en quantité très-variable; ils sont plus ou moin
langés à un liquide comme salivaire. A une époque variabl
miers symptômes, mais assez rapidement, la percussion fo
au niveau de la lésion une submatité obscure, puis une m
complète avec diminution de l'élasticité sous le doigt, et l'a
tendre un bruit respiratoire, tantôt faible, ou même nul, ta
sité, et bientôt un *râle crépitant* ordinairement très-menu,

ɜur du pouls, chaleur générale, anorexie avec enduit épais de la langue, ɔéphalalgie, insomnie, agitation, parfois délire et coma. Ces symptômes gé-ıx ou locaux diminuent après quelques jours si la pneumonie, dont la du-rdinaire est de sept à vingt jours, doit se terminer favorablement; les symp-ı généraux s'aggravent au contraire, et la face devient pâle, livide, si la monie se termine par la mort.

Inductions diagnostiques.— Cet exposé sommaire des principaux signes maladie n'est pas, malheureusement pour le diagnostic, applicable à tous its, car il n'est pas un seul des phénomènes locaux qui ne puisse manquer rencontrer dans une autre maladie.

râle crépitant, considéré par Laennec comme propre à la pneumonie, a une ication bien autrement étendue et que tout le monde connaît aujourd'hui : ıgestion pulmonaire dans certains cas, l'hémoptysie, certaines bronchites aires, la tuberculisation du poumon à la période de ramollissement, sont onditions variées dans lesquelles ce râle se retrouve, sans compter qu'il peut confondu quelquefois avec certains bruits de frottement pleuraux. Le souffle hique et la bronchophonie se rencontrent aussi dans plusieurs autres affec-(*Voy.* RALES et BRONCHIQUES [Phénomènes). — La matité a également ignification très-multiple, et d'ailleurs elle peut manquer.

percussion peut même, lorsque la matité fait défaut, fournir un signe lo-nt contraire : du *tympanisme*. Ce signe, indiqué par Skoda dans les cas orgement pulmonaire, me paraît incontestable comme signe du début et de la ıtion de la pneumonie; c'est un fait que j'ai plusieurs fois constaté, et qui, être constant, a une certaine fréquence; on pourra s'en assurer si l'on ne ntente pas de rechercher simplement s'il y a ou non *matité*. Plusieurs ob-teurs, entre autres Hayden, de Dublin (*Dublin Quart. Journ.*, 1866), ont nu et étudié ce signe dans la pneumonie. Il doit être admis aussi que le u lieu d'être tympanique sous la clavicule quand la pneumonie siége plus ans le poumon, ou au sommet en arrière, comme je l'ai observé, peut avoir ıbre de *pot fêlé*. J'ai publié sur ces deux signes des faits qui en sont des es positives (Leçons clin., *Gaz. des hôpit.*, 1864, nos 90 et 91).

définitive, en considérant les signes isolément, on n'en trouve qu'un seul ıit pathognomonique : ce sont les *crachats* dits *pneumoniques* dont il question plus haut. Seulement c'est un signe qui peut faire défaut comme es autres, et son absence ne prouve pas que la pneumonie n'existe pas. La elle-même est variable, mais dans des conditions qui seront rappelées l heure, et en dehors de la chaleur fébrile.

st surtout aux deux extrêmes de la vie, chez le vieillard et chez l'enfant, on rencontre les variations les plus notables dans les symptômes. Hour-et Dechambre (*Arch. de méd.*), Charcot (*Leçons sur les mal. des vieil-*, 1867), Béhier (*Confér. de clin. méd.*, 1864), ainsi que Barthez et Rilliet, eur excellent traité des maladies de l'enfance, ont particulièrement fait res-cette insuffisance et cette variation des symptômes.

ez l'enfant, la respiration est plus accélérée, sans avoir le caractère suffo-l'*expectoration* (surtout *rouillée*) est rare avant l'âge de cinq ans; la est intense et proportionnée à la dyspnée, la pouls ne bat jamais au-des-le 120, *la peau est très-chaude*, quelquefois si *injectée* qu'on a pu croire à èvre éruptive; souvent il y a au début des *symptômes cérébraux*, des *vo-ements*, de la *diarrhée*; à l'auscultation, le râle crépitant peut être rem-par le *sous-crépitant*, et le souffle vient très-vite; il est même le plus sou-le premier symptôme constaté.

Chez le vieillard, le facies est parfois caractéristique : teint plombé, re[...] terne, indifférence, ailes du nez mobiles, etc. Assez souvent la douleur man[...] la toux est peu accusée, les crachats caractéristiques font défaut (dans le [...] des cas), de même que la matité ; le [...] sous-crépitant remplace le crépitant, [...] souffle, comme chez l'enfant, semble p[...] fois être le premier signe, mais il p[...] aussi manquer. La fièvre est égale[...] le premier signe de la pneumonie [...] beaucoup de vieillards ; et telle est la [...] quence de la pneumonie dans la [...] lesse, que l'invasion seule d'un é[...] brile dont la cause paraît obscure do[...] rapportée à une pneumonie. J'ai [...] pareille circonstance un son tymp[...] localisé dans un point de la poitr[...] véler le siége de la maladie carac[...] plus tard, dans le même point, par la [...] tité et les autres signes caractéris[...]

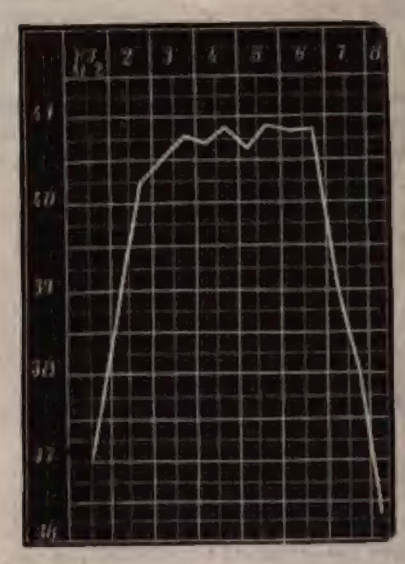


Fig. 203. — Pneumonie. Six jours (G. Sée).

Rien de plus variable d'ailleur[...] les qualités du pouls, qui devi[...] fréquent le soir, sans chaleur [...] dérable à la peau ; la langue est [...] sèche, noirâtre, fendillée, et dans [...] des cas il survient des *accide[...] rébraux* (délire, assoupissement, accidents apoplectiformes. — Parmi les [...] généraux, il en est un qui a été étudié, dans les derniers temps, et auqu[...] attaché une grande importance : je veux parler de la chaleur fébrile con[...]

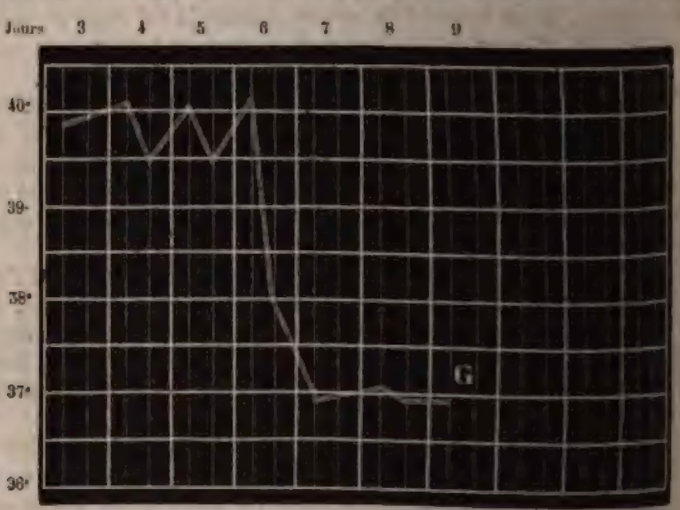


Fig 204. — Pneumonie lobaire chez un enfant de 3 ans. Guérison (Charcot, d'après Ziems[...]

l'aide du thermomètre. Le professeur G. Sée (*Bull. de Thérapeut.*, février 18[...] a bien résumé les données qui en résultent, et qu'il a représentées da[...] figure 203, que nous lui empruntons. La température monte rapidement d'ab[...]

5 le premier jour, puis, le lendemain, à 40 degrés au plus; et ce n'est que euxième ou le troisième jour que le maximun 40,5 ou 41 est atteint. La , ainsi accusée, se maintient trois à six jours, le plateau de la courbe

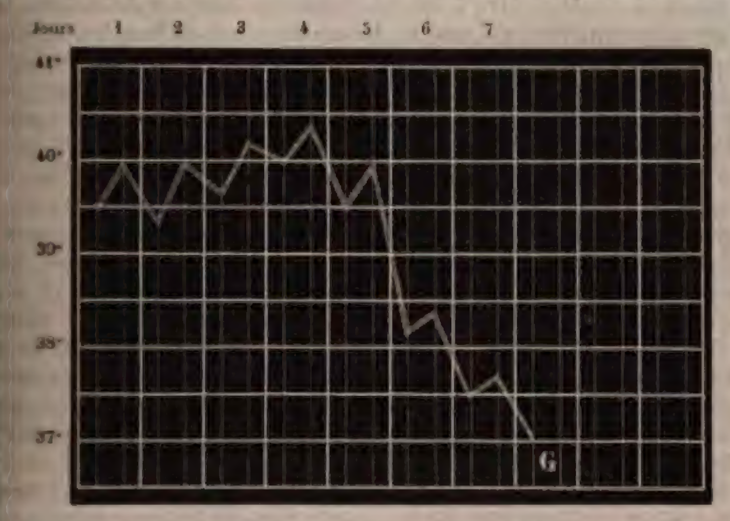


Fig. 205. — Pneumonie lobaire chez un homme de 38 ans. Guérison (Wunderlich, cité par Aitken).

ométrique se montre invariable, et il n'y a que peu de différence entre npérature du soir et celle du matin, moins même qu'à l'état normal. le septième ou huitième jour survient la défervescence, marquée par une assez brusque du thermomètre (*Voy.* THERMOMÉTRIE). La constatation thertrique de la température démontre qu'il en est de même chez le vieillard



Fig. 206. — Pneumonie lobaire chez une femme de 75 ans. Guérison (Charcot).

hez l'adulte et chez l'enfant, pour la pneumonie lobaire, ainsi que le monles figures 204, 205 et 206 que j'emprunte à Charcot (*Leçon clin. sur les* *d. des vieillards*, 1867).

l'albuminurie, comme Beale l'avait aussi constaté (*Gazz. me*

En ne considérant que la variété des symptômes, on voit avoir de difficultés à diagnostiquer la pneumomie. C'est ce lement chez les enfants et les vieillards, mais aussi chez l'adu monie est secondaire. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'a signes peu n'être qu'apparente. Tel est, par exemple, le râ se montre parfois que dans les inspirations profondes ou ap de même du souffle bronchique.

L'enchaînement ou l'évolution des symptômes, la *march* en un mot, vient encore en aide au diagnostic, lorsque les cèdent à peu près dans l'ordre que j'ai indiqué en commença a lieu par les symptômes généraux et locaux (fièvre péripne par les phénomènes locaux. On a discuté la question de sav initial de la pneumonie. Grisolle avait indiqué la faiblesse d Stokes avait au contraire signalé la respiration puérile. pool, a soutenu en 1866 (*The Lancet*) l'opinion de Sto comme celle de Grisolle. Je crois avoir mis hors de doute, e difications du bruit respiratoire du début sont des signes de *tiale* de la pneumonie, signes en réalité nombreux et variés, server pendant quelques heures jusqu'à plusieurs jours, a évidents de la pneumonie se déclarent (*Voy. Arch de méd.*

Il peut arriver, comme pour la pleurésie, que les signe assez longtemps au même degré sans que l'on sache si la lésio diminue. Or, la mensuration cyrtométrique permet ici encor en faisant constater, du jour au lendemain, soit l'ampliatio pondant aux progrès latents de la lésion, soit la rétrocession J'ai déjà fait remarquer (*Voy.* MENSURATION) que l'ampliation la poitrine étaient habituellement généralisées aux deux côté gré la localisation de la maladie d'un seul côté, et que l'on le côté affecté se dilatant seul que dans le cours de la dilata

ieure, assez fréquemment par l'action prolongée du froid lorsque le corps chauffé, et elle est sujette à récidiver chez le même sujet. — Les pneumo- secondaires se montrent principalement dans l'enfance et la vieillesse, le souvent avec les allures insolites que j'ai rappelées plus haut. Elles offrent ne condition spéciale de se montrer dans le cours d'une maladie aiguë ou nique préexistante. Ces maladies sont : dans l'enfance (où la maladie affecte ipalement la forme bronchopneumonique), la bronchite aiguë, la coquelu- le croup, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives; chez le vieillard, toutes ffections qui nécessitent un long séjour au lit et surtout les affections para- tes; chez l'adulte, la fièvre typhoïde, les affections éruptives graves, la isie, l'emphysème pulmonaire, la morve aiguë, la variole, la fièvre puerpé- etc., et en général, aux différents âges, toutes les affections fébriles graves, ne les bronchites capillaires étendues et principalement celles qui sont imiques (grippes), enfin tous les états chroniques ou les cachexies qui alté- profondément la constitution.

s variations nombreuses que présente la symptomatologie de la pneumonie qu'elle est facilement confondue avec d'autres maladies thoraciques, prin- ement chez l'enfant et le vieillard.

a vu certaines pneumonies n'offrir pour symptômes locaux que la matité bsence du bruit respiratoire; il est clair que, dans ce cas, on pourra croire ı *hypcrémie simple*, à une *pleurésie* si l'expectoration caractéristique de eumonie manque. Ce n'est d'ailleurs que lorsque les crachats sanguino- ou jaunâtres feront défaut, ainsi que le râle crépitant, que l'on pourra r entre ces deux maladies et la pneumonie. — Mais dans la *congestion onaire simple*, la fièvre tombe peu après le début, et s'il existe du souffle ı râle crépitant, ce râle disparaît du jour au lendemain ; le souffle est plus et sans retentissement exagéré de la voix dans la plupart des cas. Enfin brations thoraciques ne sont pas augmentées. — Quant à la *pleurésie*, elle stingue de la pneumonie par des caractères assez tranchés : par la matité absolue qu'elle produit; par un souffle ordinairement très-doux, occupant férence les parties supérieures de la matité, tandis que, dans la pneu- , on le constate à son centre; par l'existence de l'égophonie, et surtout par inution des vibrations thoraciques, qui sont au contraire augmentées dans umonie.

bronchite sera facilement confondue avec la pneumonie dite catarrhale lée plus loin) et avec les pneumonies insidieuses des enfants et des vieil- dans lesquelles le râle est sous-crépitant, et l'expectoration purement euse; mais dans cette circonstance, le râle n'existera que d'un côté ou sera lus prononcé d'un côté que de l'autre, et les symptômes généraux seront ntenses. Chez les enfants, suivant H. Roger, on éviterait de confondre la hite capillaire et la pneumonie lobulaire en recherchant, avec le thermo- placé dans l'aisselle, le degré de la température, qui ne dépasserait pas ns la bronchite, tandis que, dans la pneumonie lobulaire, elle monterait ou 41°. — La bronchite aiguë survenant chez un sujet atteint de *dilata- les bronches* pourrait en imposer par l'obscurité localisée du son, par le umide coïncidant avec une respiration soufflante; mais ici l'état général loin de répondre à l'existence d'une pneumonie, de même que l'absence douleur de côté, et de crachats caractéristiques, en même temps que l'on nterait l'abondance habituelle antérieure d'une expectoration muqueuse uco-purulente. — Une respiration soufflante et un gros râle peuvent exister iveau d'une cavité ayant succédé à une *gangrène pulmonaire;* mais la

Une confusion non signalée, quoique réelle, que l'on peut c
est celle de la *congestion pulmonaire* avec la pneumonie (
Quant au diagnostic différentiel de la pneumonie droite et
m'en suis occupé à propos de cette dernière maladie (*Voy.* p.

Le *siége* de la lésion est important à considérer dans le diag
monie. Il est facile de l'établir par le siége de la douleur pou
affecté, et, d'une manière plus précise, par les signes fournis
et l'auscultation, lorsqu'elle est franche. Il n'en est pas toujo
la lésion est profonde. Néanmoins c'est dans cette dernière ci
pneumonie étant accusée par des crachats spéciaux, son siége
par la coïncidence d'un son tympanique localisé (avec crachats
ou d'un souffle constaté seulement dans les grandes inspira
secousses forcées de toux. La localisation de la pneumonie
s'est quelquefois accompagnée d'un *râle caverneux* bien cap
comme William Bolling et Fonssagrives (*Union méd.*, 1857)
que la pneumonie du sommet donne lieu d'ailleurs à des sy
nels ou généraux particuliers. Quoi qu'il en soit, on trouvera
la pneumonie localisée à la base d'un des poumons, parfois a
inférieur de l'omoplate, et rarement dans les deux poumons à
double).

On sait qu'on a assigné trois *degrés* anatomiques à la lési
l'engouement, qui n'est que la congestion pulmonaire, comm
l'hépatisation rouge, et l'hépatisation grise (suppuration).
deux premiers degrés est généralement considérée comme as
la submatité et à l'absence du souffle tubaire dans le cas d'eng
de congestion, et à l'existence du souffle avec matité plus co
tisation. Mais combien de faits dans la pratique viennent dém
tion classique! J'ai des observations de pneumonie dans le
être constaté que des signes d'hyperémie avec des crach
caractéristiques pour tout symptôme de la pneumonie elle-m
tion est encore plus difficile entre le deuxième et le troisièm

de certains symptômes, de causes particulières, etc., sans parler des ıns anatomiquement établies (Cornil, *Arch. de méd.*, 1865). C'est ainsi a admis des pneumonies *rhumatismales*, qui ne diffèrent des pneu- rdinaires qu'en ce que leur invasion a lieu dans le cours du rhuma- des pneumonies dites *fibrineuses*, dans lesquelles il n'y a de remar- ıe l'abondance des concrétions fibrineuses expectorées que l'on retrouve rachats de la plupart des pneumonies à un certain degré. Selon Gubler, il suffit d'isoler des crachats les masses informes d'un rouge sombre ou d'une blancheur opaque, et de les agiter dans l'eau pure, pour parvenir pper des ramifications d'une longueur et d'une élégance souvent inatten- ›c. *des hôpit.*, janvier 1858). Je ne m'occuperai donc que des formes , qui sont vraiment les seules utiles à rappeler.

La pneumonie *franche*, inflammatoire, est celle qui fournit les sym- ıssiques de la maladie, et que j'ai précédemment rappelés comme élé- incipaux du diagnostic.

La pneumonie dite *bilieuse* se complique simplement de l'état bilieux qui existe ici comme dans beaucoup d'autres maladies aiguës, mais qui ıd nullement du siége de la pneumonie dans le voisinage du foie, comme ınsé, puisque cet état bilieux existe aussi bien dans les pneumonies que dans les pneumonies droites.

La pneumonie *typhoïde* se complique d'un état TYPHOÏDE (*Voy.* ce 'il ne faut pas confondre avec la pneumonie *qui complique* la fièvre m, et que l'on a vue en pareil cas se développer simultanément avec résie et une péricardite. La forme dite typhoïde, en dehors de la mala- nom, présente des symptômes ou *ataxiques* ou *adynamiques*, et se parfois épidémiquement, de préférence chez les sujets débiles ou à des excès alcooliques, et surtout, selon Grisolle, dans les pneumonies ıet du poumon droit.

La pneumonie *lobulaire*, désignée aussi par les noms de *broncho- nie*, pneumo- *rrhale* des vieil- ıeumonie *pseu- re*, etc., est fré- aux deux ex- e la vie, et sur- ıs la première Cette forme de ıie, bien déter- par les lésions ıues, ressemble, de vue sympto- , à une bronchite grave, parfois ue, dans la- ux râles mu- sonores, dissé- mobiles, se joi- es signes sui- u souffle et plus du râle crépitant, l'un et l'autre disséminés, mais non constants; des es généraux graves et un état fébrile plus ou moins intense, mais qui

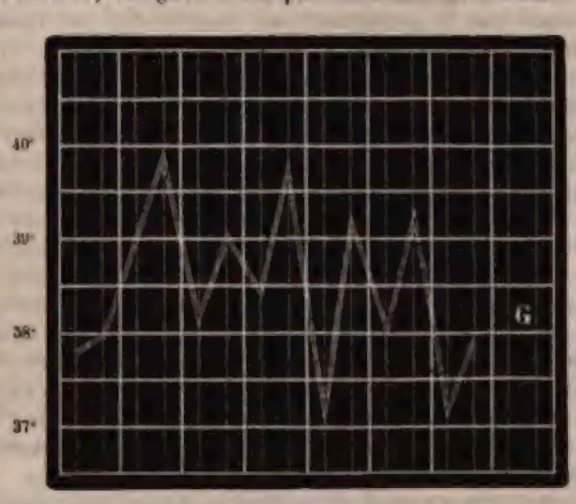


Fig. 207. — Pneumonie catarrhale chez un enfant. Guérison (Ziemssen).

est peu prononcée dans la variété catarrhale (râle sous-crépitant humide g ralisé, pouls sans fréquence considérable). Comme l'a fait remarquer Cha dans la pneumonie franche ou lobaire, il y a dans la fièvre des rémitte quotidiennes qui s'expriment tous les matins par une différence thermométr

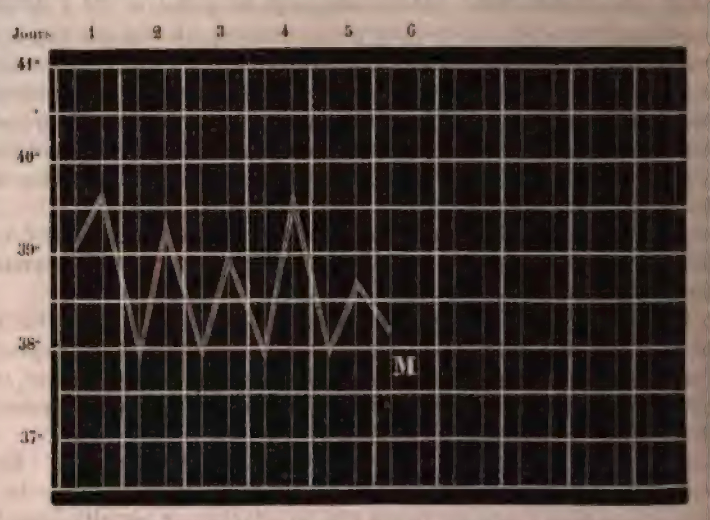


Fig. 208. — Pneumonie catarrhale chez une femme de 83 ans. Mort (Charcot).

d'un demi-degré en moyenne ; tandis que dans la pneumonie catarrha oscillations sont bien plus fortement accusées, se traduisant par des écarts degré, d'un degré et demi et quelquefois davantage. Sous ce rapport, on comparer les figures 207 et 208 aux figures 204, 205 et 206, données plus

e. — La pneumonie dite *latente*, observée surtout chez les vieillards même que la précédente, est remarquable par l'absence de tout symp local; la fréquence de la pneumonie dans un âge avancé doit toujours soupçonner l'existence de cette affection, si l'on constate un état général lite, et même seulement des troubles fonctionnels légers en apparence organes respiratoires; mais, d'un autre côté, il faut savoir qu'on a admis des pneumonies latentes chez des sujets non suffisamment explorés qui démontre l'importance d'une exploration attentive chez le vieillard.

f. — Il faut rapprocher de cette pneumonie latente la *pneumonie case* dont il a été question à propos de la phthisie pulmonaire (p. 831).

g. — Frappés des erreurs de diagnostic dont ils ont été témoins à propos symptômes cérébraux qui, chez les enfants, masquent si souvent la pneum à son début, Barthez et Rilliet ont admis une *pneumonie cérébrale de l'en*fance, qu'ils divisent en *méningée* (coma ou délire) et en *éclamptique* (con vulsions marquant le début); mais le grand intérêt que doit avoir le prat connaître ces accidents initiaux de la pneumonie chez l'enfant ne me paraît légitimer suffisamment une forme spéciale de pneumonie, ni surtout la déno nation de pneumonie *cérébrale* qui lui a été

h. — On a encore admis d'autres forme les précédentes : la pneumonie *hypost* ultime, qui, lorsqu'elle n'est pas une monie ordinaire que par l'action d' temps prolongé sur la partie a

s dites *métastatiques*, qui n'ont aucun signe positif qui les révèle; ieumonie *intermittente* ou rémittente, qu'il ne faut pas confondre ongestions pulmonaires (*Voy*. p. 227), et qui se montrerait dans les émanations paludéennes, et compliquerait les fièvres de marais, aux- e ferait prendre un caractère pernicieux.

tre prévenu que des *complications* peuvent venir modifier les signes monie. Ce sont de simples symptômes, ou de véritables maladies. est une complication fréquente de la pneumonie, surtout chez dulte âgé de moins de cinquante ans, et qui se rencontre plus souvent exclusivement) dans les pneumonies droites que dans celles du pou- ie. — Le *délire* est encore une complication assez fréquente, surtout jets qui ont fait abus de boissons alcooliques; mais il est démontré rvient pas de préférence dans les pneumonies du sommet. — On trop souvent comme un signe de *bronchite* venant compliquer la , en dehors des points que celle-ci occupe, les râles sonores persis- la toux et qui ne dépendent que de la congestion pulmonaire conco- l ne faut pas considérer comme des signes de complication, ainsi fait, les signes anomaux de percussion et d'auscultation que l'on ren- quemment au niveau du poumon du côté opposé à la pneumonie. J'ai ouvé dans le poumon prétendu sain des signes de *congestion pul-* L'hyperémie y est donc un état concomitant habituel de la pneumo- 'il est facile de vérifier en se reportant aux signes de la congestion ppelés (*Voy*. p. 225). — Une complication remarquable par sa fré- t la *pleurésie*, dont l'épanchement, ordinairement peu abondant, partie la plus déclive du côté affecté, où le son est plus mat, et le iratoire nul, tandis que, plus haut, se constatent le bruit respiratoire, pitant et le souffle à timbre métallique, souffle beaucoup plus doux nent lorsqu'il est dû à l'épanchement pleurétique un peu abondant. ielquefois l'épanchement accompagné de symptômes généraux fébriles, n grand développement à la suite de la pneumonie; on a ordinai- faire alors à une *pleurésie purulente*. — La *péricardite* a été par beaucoup d'auteurs comme compliquant la pneumonie dans un mbre de cas. Béhier a étudié cette question avec soin dans ses *Confé- clinique médicale*. Il résulte de ses recherches que cette complica- pneumonie par la péricardite, constatée par Andral, Taylor, Latham, , a été trouvée dans la proportion de 6 cas sur 83 faits de pneumonie t (*Arch. de méd.*, 1862), de 8 sur 133 par Austin Flint, et seule- 3 péricardites sur 114 pneumonies dont Béhier lui-même a rassemblé ations. Il faut être prévenu que la péricardite en pareil cas est fré- t latente. — Chez la femme grosse, la pneumonie provoque souvent *ent*. — Enfin il y a des complications plus rares qui sont : l'*endo-* les *concrétions sanguines* du cœur survenant dans les pneumonies s concrétions de même nature dans l'*artère pulmonaire* que j'ai plusieurs fois, la *méningite*, les *parotides*, et les *arthrites multiples* une complication rhumatismal s dues probablement à des ré- les

sibilité du développement simul- ué à la Société médicale d'ob- dans le cours d'une pneumonie, e par l'autre. J'ai moi-même te, chez lequel le frisson du

début de la pneumonie marqua aussi l'invasion d'une varioloïde, dont l'érupti se montra le troisième jour, l'évolution des deux maladies restant indépe dante et régulière (Leçon clinique, *Gaz. des hôp.*, 1864, p. 477).

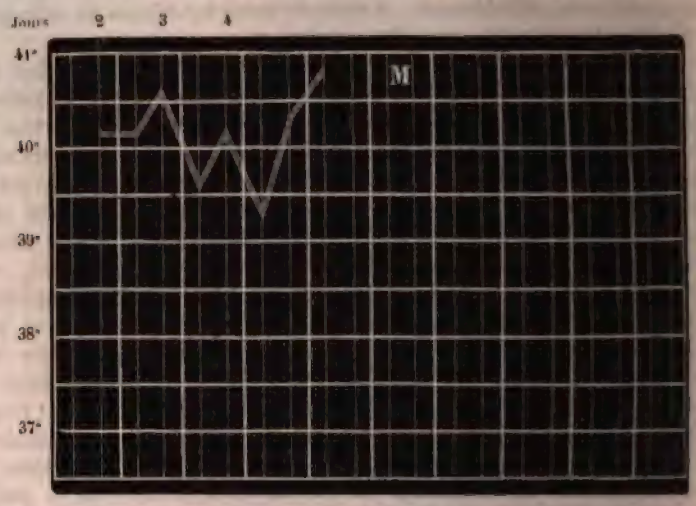


Fig. 209. — Pneumonie lobaire chez une femme de 83 ans. Mort en élévation de la température (Charcot).

3° *Pronostic.* — Le pronostic de la pneumonie, en général grave, est trè riable suivant les conditions précédemment passées en revue : suivant l'â le sexe, la maladie étant beaucoup plus grave chez l'enfant et le vieillard; p

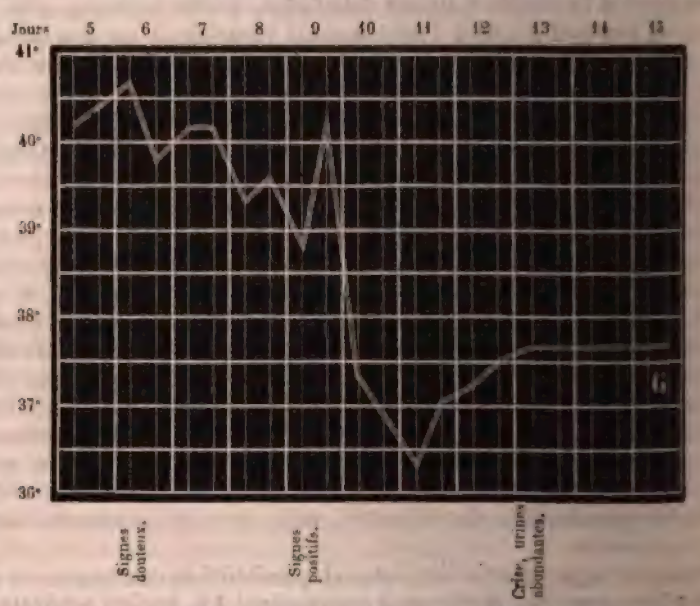


Fig. 210. — Pneumonie lobaire chez une femme de 75 ans. Guérison (Charcot).

grave chez la femme (surtout en état de grossesse) que chez l'homme; sui les conditions antérieures de santé et d'hygiène; suivant le siége de la pneu

i est plus grave quand elle est double que simple, et au sommet plutôt base, sans qu'on en connaisse la cause; suivant sa forme, la typhoïde us grave; et en général suivant l'intensité des symptômes généraux. Il est

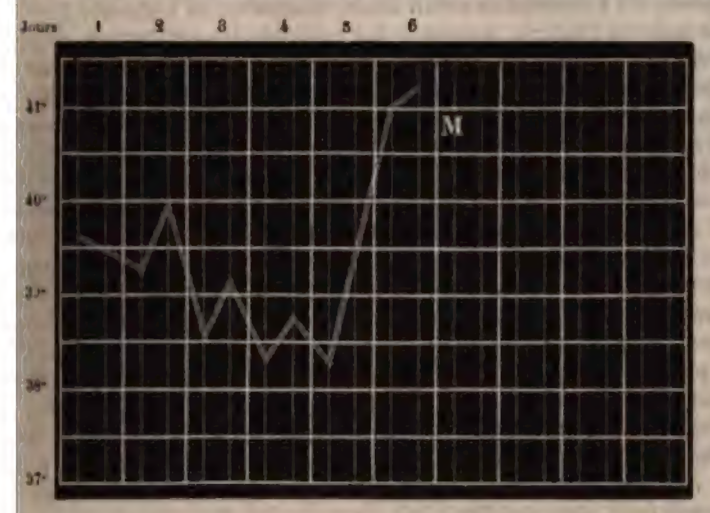
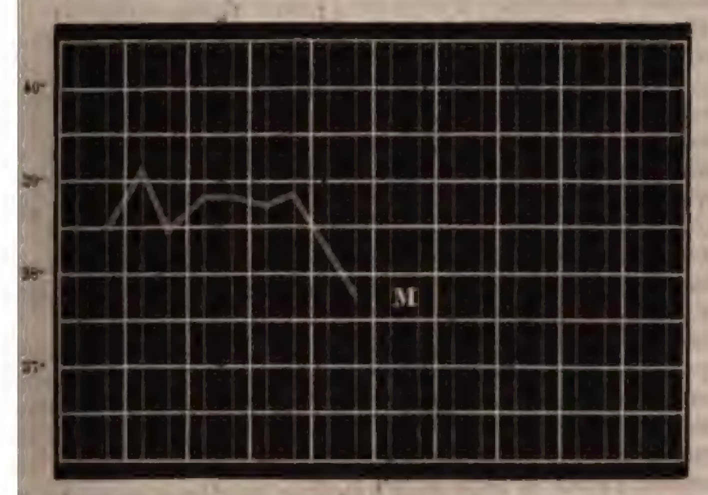


Fig. 211 — Pneumonie lobaire chez une femme de 69 ans. Mort en élévation de la température (Charcot).

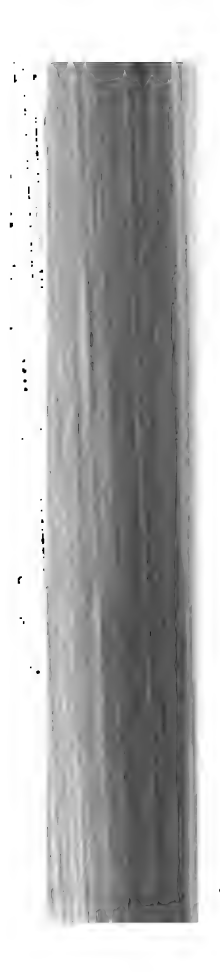
ant de faire remarquer que la mort ne survient pas toujours avec l'éléva- plus considérable de la chaleur ; car tantôt elle survient avec le maxi- la température, *fig.* 209 et 211, et tantôt au moment de la défervescence,



212 — Pneumonie lobaire chez une femme de 75 ans. Mort dans la défervescence (Charcot).

2. Au moins il en est ainsi chez les vieillards, comme Charcot le dé- par les tracés de ces figures. Une défervescence parfois considérable, et s rapide, précède la convalescence, *fig.* 210.

onostic varie aussi et enfin suivant le plus ou le moins de retard apporté ement. C'est surtout dans la province que cette dernière condition a de



(hépatisation grise). Il est extrêmement rare qu'elle se ter
que l'on reconnaît facilement aux signes propres à cette
GANGRÈNE PULMONAIRE). On a signalé des morts subites et
cas de pneumonies arrivées à l'hépatisation grise chez des viei
et Dechambre). Le pronostic est des plus graves lorsque l'expe
d'un gris sale, ou purulente. Van Swieten pensait que le pus
des poumons dans le torrent circulatoire ; et Béhier est très-
que la mort survient par résorption purulente dans le troisi
pneumonie (*ouv. cité*, p. 177).

PNEUMO-PÉRICARDE. — *Voy.* PNEUMATOSES.

PNEUMO-THORAX. — Laennec le premier a bien fa
affection, qui a été l'objet après lui de nombreux travaux, p
France et en Angleterre, et parmi lesquels je citerai ceux de
(*Thèse*, 1841), Stokes, Hughes, Béhier (*Confér. de clinique m*

Le pneumo-thorax existe-t-il réellement comme maladie part
ce que l'on ait rigoureusement démontré que l'accumulation d'a
la plèvre, qui le constitue, peut se produire spontanément, ce q
été fait, on devra toujours considérer le pneumo-thorax comm
d'une lésion anatomique. Pour mon compte, je crois avoir dém
sur le cadavre, on n'a pas toujours suffisamment cherché cett
conclure à l'existence d'un pneumo-thorax idiopathique (*Mém.
des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse : Ar*
1853, t. II).

Il en résulte que l'on devrait considérer cet état patholo
symptôme, si, de même que l'anémie, il n'offrait pas un ensemb
ticuliers nombreux et bien définis.

1° *Éléments du diagnostic.* — Ce sont : une *dyspnée* or
noncée, assez souvent une *dilatation* visible du côté affecté a
même saillie des espaces intercostaux et parfois refoulement de
(foie, cœur, etc.); à la percussion, un son exagéré d'intensité

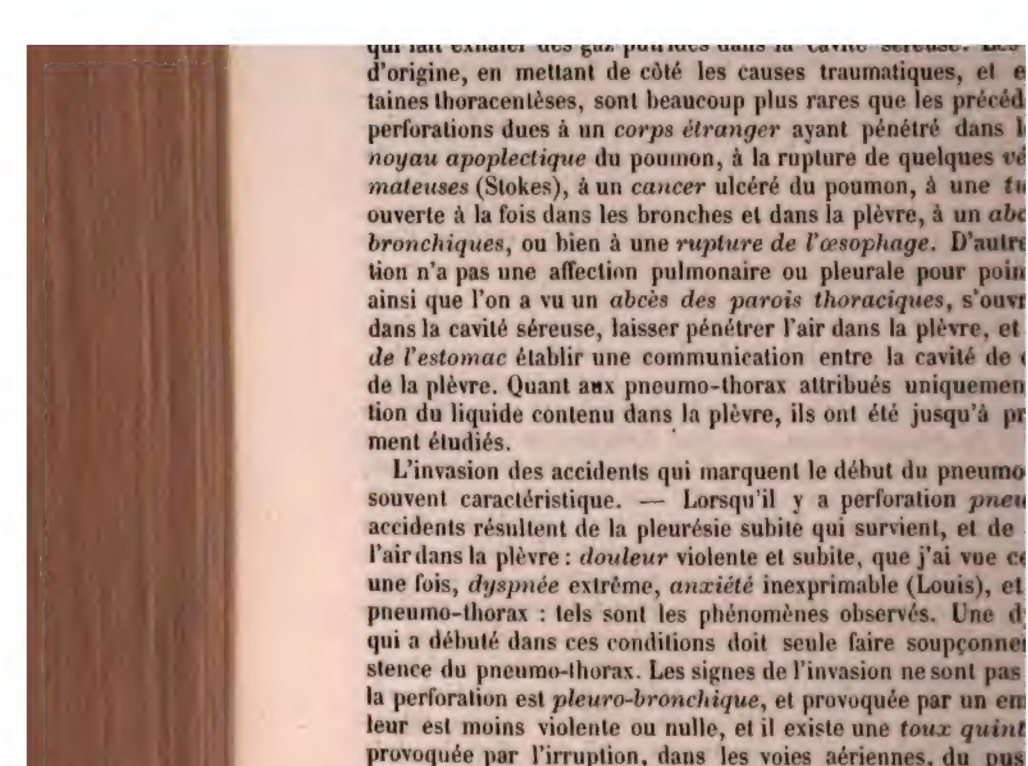
ulement pour le médecin qui ausculte, dans les mouvements plus ou moins usques du tronc, et surtout par la SUCCUSSION. Enfin Aran a signalé, dans un . exceptionnel, comme une conséquence du pneumo-thorax, un bruit de choc poumon contre la paroi thoracique perçu par l'auscultation pendant la toux oy. p. 188).

Outre ces signes, il en est d'autres qui résultent de la perforation pulmaire que l'on rencontre presque constamment comme origine du pneumo-rax; je les rappellerai plus loin.

Inductions diagnostiques. — Si l'on considère isolément les différents es physiques du pneumo-thorax, on constate que la saillie générale du côté cté avec effacement des espaces intercostaux, le son tympanique qui se pro- à la percussion, les résonnances amphoriques de la respiration, de la toux la voix, les consonnances métalliques, le bruit de flot résultant des sim- mouvements du malade, peuvent, isolés, faire soupçonner la présence de r dans la plèvre. Mais la certitude ne saurait être acquise que par l'apprécia- raisonnée de chaque signe et par le groupement des diverses données du gnostic. Une seule donnée, le *claquement costo-hépatique* obtenu par la cussion au niveau de la 8e côte droite, et signalé par Saussier (*Voy.* CLA-ENT), serait pathognomonique ; mais comme cette donnée est loin d'être stante, et qu'il faut déjà songer au pneumo-thorax pour rechercher cet ment du diagnostic, sa valeur devient par cela même secondaire.

La dilatation visible d'un des côtés du thorax se rencontre dans l'empyème, s certains emphysèmes et par le fait du développement de tumeurs intra- raciques, aussi bien que dans le pneumo-thorax. — Le son tympanique, que nnec donnait presque comme un signe pathognomonique, puisqu'il ne le alait, en dehors du pneumo-thorax, que dans l'emphysème pulmonaire, a signification beaucoup plus étendue (*Voy.* TYMPANISME); et, d'un autre côté, doit reconnaître en fait, sans qu'on soit obligé d'admettre la théorie de Skoda ce point, que le pneumo-thorax, même considérable, peut donner lieu à sonorité plus ou moins étouffée, ce que Hughes avait aussi constaté. — Les nomènes *amphoriques* ont également des origines multiples que j'ai rap- ées ailleurs (*Voy.* AMPHORIQUES [Phénomènes), et qui démontrent qu'il ne pas trop se hâter de croire à un pneumo-thorax lorsqu'on les constate. — *résonnances* MÉTALLIQUES, jointes ou non aux phénomènes précédents, au contraire une signification beaucoup plus précise, puisque en leur pré- ce il n'y a qu'à opter entre un pneumo-thorax ou une vaste caverne tuber- euse. La théorie des bruits amphoro-métalliques a été très-discutée, et la sonnance des bruits pulmonaires ou autres dans l'air épanché, la perforation tant comptée pour rien, a été examinée aux mots AMPHORIQUES (Phénomènes) MÉTALLIQUES (Résonnances). J'ai donné les raisons qui empêchaient d'adopter te théorie trop exclusive de la consonnance, malgré le talent avec lequel elle été défendue. Le *bruit de flot* n'a pas une valeur moindre que les résonnances talliques comme signe de pneumo-thorax, quoique ce bruit anomal ne se oduise pas seulement dans le pneumo-thorax avec épanchement (*Voy.* SUC-SSION).

Quoi qu'il en soit, il est clair que les symptômes doivent être réunis en plus moins grand nombre pour acquérir une signification suffisante. Deux peuvent endant suffire : ce sont le refoulement du cœur et le son tympanique du côté posé au déplacement (Gaide, Stokes, Legendre), ou cette même sonorité ncidant avec l'extinction des vibrations thoraciques (Monneret), etc. ; mais il habituellement nécessaire de se baser sur un plus grand nombre de données



qui fait exhaler des gaz putrides dans la cavité séreuse. Les
d'origine, en mettant de côté les causes traumatiques, et e
taines thoracentèses, sont beaucoup plus rares que les précéd
perforations dues à un *corps étranger* ayant pénétré dans l
noyau apoplectique du poumon, à la rupture de quelques *vé*
mateuses (Stokes), à un *cancer* ulcéré du poumon, à une *tu*
ouverte à la fois dans les bronches et dans la plèvre, à un *abc*
bronchiques, ou bien à une *rupture de l'œsophage*. D'autr
tion n'a pas une affection pulmonaire ou pleurale pour poin
ainsi que l'on a vu un *abcès des parois thoraciques*, s'ouvr
dans la cavité séreuse, laisser pénétrer l'air dans la plèvre, et
de l'estomac établir une communication entre la cavité de
de la plèvre. Quant aux pneumo-thorax attribués uniquemen
tion du liquide contenu dans la plèvre, ils ont été jusqu'à pr
ment étudiés.

L'invasion des accidents qui marquent le début du pneumo
souvent caractéristique. — Lorsqu'il y a perforation *pneu*
accidents résultent de la pleurésie subite qui survient, et de
l'air dans la plèvre : *douleur* violente et subite, que j'ai vue c
une fois, *dyspnée* extrême, *anxiété* inexprimable (Louis), et
pneumo-thorax : tels sont les phénomènes observés. Une d
qui a débuté dans ces conditions doit seule faire soupçonne
stence du pneumo-thorax. Les signes de l'invasion ne sont pas
la perforation est *pleuro-bronchique*, et provoquée par un en
leur est moins violente ou nulle, et il existe une *toux quint*
provoquée par l'irruption, dans les voies aériennes, du pus
plèvre, et qui est plus ou moins abondant suivant la largeur o
perforation. Barth a vu, dans l'intervalle des quintes, le p
bouche en bavant, lorsque la tête et le tronc étaient incliné

…nt suffisants dans la plupart des cas, mais non dans tous, dans ceux par …ple dans lesquels le pneumo-thorax s'effectue sans douleur. Dans l'obser… de ce genre que j'ai recueillie à Cochin, la phthisie était avancée et j'avais …'abord à une vaste caverne, mais l'extension rapide des signes amphoro…iques du sommet vers la base de la poitrine me fit admettre l'existence …eumo-thorax, qui fut vérifié à l'autopsie. L'extension rapide des signes …eumo-thorax devra donc être considérée comme un bon signe négatif d'une caverne tuberculeuse sans perforation. — L'existence d'un tympanisme …ique en l'absence du pneumo-thorax est la cause la plus fréquente des …rs de diagnostic. La *congestion pulmonaire*, avec exagération de la …ité de la poitrine et faiblesse extrême du bruit respiratoire, peut facilement …poser au premier abord pour un pneumo-thorax. — La *pleurésie* s'ac…agne souvent aussi d'un tympanisme sous-claviculaire qui pourrait d'au…lus en imposer pour un pneumo-thorax, que parfois le poumon, aplati …inci par compression contre la paroi thoracique, peut être le siége de … caverneux et même AMPHORIQUES à l'auscultation; mais le plus sou… il y a absence des signes d'une perforation pulmonaire, et le caractère … sonorité exagérée, ordinairement d'un timbre sec et bref au lieu d'être …eux et prolongé, lèvera les doutes. — Le son tympanique qui se montre …d'autres circonstances et notamment dans la *pneumonie* (partie du pou…mon envahie) est trop isolé de tout autre signe de pneumo-thorax pour …croire à cette affection. Et cependant c'est sur des erreurs de diagnostic … genre qu'on s'est basé en Angleterre pour décrire un prétendu pneumo… accidentel se développant dans le cours de la pneumonie.

…in, malgré l'invasion brusque des accès de dyspnée, malgré l'ampliation … tympanisme de la poitrine dans l'*emphysème pulmonaire*, on ne pourra … à un pneumo-thorax, le siége de ces derniers signes existant des deux … en même temps que manque tout phénomène amphorique ou toute con…ance métallique.

… *siége* de la perforation qui a produit le pneumo-thorax sera quelquefois …é par le point occupé par la douleur, et par celui où les phénomènes …éristiques ont leur plus grande intensité. Presque toujours la perforation …naire tuberculeuse a lieu vers le sommet du poumon. Quant à la *lésion* …résulte le pneumo-thorax (perforation), elle a été le point de départ de …sions théoriques sur la production des bruits perçus que je n'ai pas à dis… Mais certaines particularités de ces lésions peuvent s'annoncer par des …mènes spéciaux pendant la vie. Suivant Stokes, le pneumo-hydro-thorax … principalement la conséquence des perforations tuberculeuses, et le …mo-thorax dit simple serait la suite de ruptures emphysémateuses. Selon le … auteur (*The Dublin Journ.*, 1839), les symptômes varieraient aussi sui… la pénétration facile ou difficile de l'air par l'ouverture de la perforation. …nétration de l'air étant facile, il n'y aurait ni exagération du son ni dis… du côté affecté; si elle était difficile, on constaterait au contraire la …tion et l'exagération d'intensité de la sonorité. — Je n'ai pas à insister, … ce que j'ai dit précédemment, sur le diagnostic de la *lésion* qui donne … pneumo-thorax, ni sur la *forme* que ce dernier présente.

…vais rappeler plus loin les signes du défaut absolu de pénétration de l'air … la cavité pleurale par suite de l'obturation de la fistule.

Pronostic. — Le pneumo-thorax peut rapidement devenir fatal ou durer …rs mois, suivant sa cause et suivant la marche plus ou moins lente de …sion qui l'a produit, et à laquelle son pronostic est entièrement subor-



j'ai pu en réunir six autres passés inaperçus. Bientôt après la
Mémoire, Géry fils (*Soc méd. d'observ.*, 1854) et Legendre
même année) en ont rapporté chacun un exemple. Valleix e
également dans son rapport sur mon travail (*Union méd.*, 1
Allemagne, a publié aussi sur cette question un Mémoire impor
medicin. Zeitschrift, 1860). J'ai trouvé que la cicatrisation
la fistule était favorisée *par le rapprochement des deux feu*
soit à l'aide d'adhérences voisines de la perforation, soit p
poumon contre la paroi opposée, ou bien par l'*immersion de*
liquide de l'épanchement, où l'obturation se fait alors par un
cation fibrineuse.

Cette obturation faite, tantôt ces guérisons ont été annoncée
des effets locaux et des signes de la perforation; et tantôt il y a
la sonorité tympanique et du bruit de succussion thoracique
bruit respiratoire, et disparition des autres phénomènes amp
y aurait eu exceptionnellement persistance de phénomènes am
mais *par consonnance*, et non plus par le passage de l'air d
rale. Ces faits d'observation démontrent que, la fistule pneu
obturée, l'épanchement d'air peut persister, même pendant pl
la guérison de la fistule : fait important parmi ceux qui vie
l'opinion qu'il n'existe pas de pneumo-thorax essentiel.

POILS. — Les altérations des poils ou des cheveux fo
nombre de signes en dehors de ceux qui caractérisent les t
staté que les bulbes des cheveux pouvaient être le siége d'une
l'*hémophilie*. Dans certains cas très-rares de *névralgie fa*
cheveux devenir plus gros, plus durs, blanchir ou tomber, du
vralgie. J'ai rappelé au mot ALOPÉCIE les causes habituelle
cheveux. Ils sont au contraire plus abondants et agglomérés
queuse qui se dessèche, dans la *plique* (*Voy.* aussi TEIGNES).

che, à la cinquième côte en avant et à la neuvième côte en arrière. La *région diaque* comprend la portion de la poitrine qui est en rapport immédiat avec eur. — Les régions composées, au nombre de cinq, sont celles dans lesles le poumon (à droite et à gauche) est superposé à d'autres organes : au à l'estomac, au cœur et aux gros vaisseaux.

ivant cet observateur, si l'on place le doigt sur l'*extrémité inférieure du num* (sans doute le niveau de l'articulation sterno-xiphoïdienne), on se e exactement *au-dessous* du bord inférieur du poumon droit et des limites ieures du cœur. A droite de l'*axe vertical du sternum* se trouve le poumon tout entier, et à gauche le poumon gauche, ainsi que la portion du cœur recouverte par ce poumon. Cette portion du cœur se trouve au niveau *uatrième cartilage du côté gauche*, et le poumon gauche au-dessus.

xtrémité inférieure du sternum est comme le centre autour duquel converles organes. Le poumon droit est au-dessus et à droite ; le cœur au-dessus auche de ce point; pendant que le foie est au-dessous et à droite, et l'orirdia de l'estomac au-dessous et à gauche, mais à une plus grande proar.

saillie légère que forme la partie supérieure du sternum indiquerait, t Sibson, que les deux poumons viennent s'y rejoindre. Le sommet de e poumon s'élève vers le cou, au-dessus de la clavicule et de l'omoplate, rrespond immédiatement au-dessous de la tête de la première côte ; il se de un pouce à un pouce et demi la clavicule, lorsque l'épaule est portée s.

cœur, dans ses portions supérieure et externe, est séparé du sternum les bords des lobes supérieur et moyen du poumon droit, et du lobe supédu poumon gauche. L'*oreillette droite*, logée pour ainsi dire dans le pou droit, s'étend à droite du sternum, derrière les cartilages costaux. Le *icule droit* correspond immédiatement à la moitié inférieure du sternum x cartilages des 3e, 4e, 5e et 6e côtes gauches. Le *ventricule gauche* est ieur au ventricule droit; il correspond aux 4e et 5e côtes, près de leur lation avec les cartilages. Ce ventricule, excepté vers la pointe, est recoupar le poumon; tandis que la plus grande partie du ventricule droit est libre, rrespond au sternum et aux cartilages costaux depuis la partie moyenne ernum jusqu'à la pointe du cœur et depuis le quatrième cartilage sternojusqu'aux limites inférieures de cet organe. Comme le fait remarquer avec Racle (*Traité de diagnostic*), la pointe du cœur répond au *quatrième e intercostal*, et elle a avec le mamelon un rapport invariable; elle bat essous du mamelon et en dedans d'une verticale qui passerait par ce point. localisation normale de la pointe du cœur est très-importante à connaître aud).

s *gros vaisseaux* sont situés à côté les uns des autres, derrière la portion ieure du sternum et les cartilages costaux voisins, mais recouverts par une e de tissu pulmonaire, ainsi que les portions supérieures et externes du r. L'*aorte*, placée exactement derrière le sternum, remonte à partir de ulation sterno-costale de la troisième côte droite, et se porte légèrement oite à gauche jusqu'au voisinage de l'extrémité supérieure du sternum. A e de l'aorte se trouve la *veine cave supérieure*, derrière la partie supéde du sternum, tandis que, à gauche de l'aorte, se trouve l'*artère pulmoe*, qui passe au-dessous d'elle au niveau du premier espace intercostal.

us profondément, la *trachée* s'incline à droite en avant de la colonne verle, et l'aorte se place en avant de la moitié gauche de cette colonne, ce qui

2° *Moyens explorateurs.* — L'*inspection* fait constater les changements [...]ologiques extérieurs que la poitrine présente, soit dans sa configuration et [...]s son volume, soit dans certains mouvements fonctionnels. — La *percussion* [...]èle la position des organes, et, jusqu'à un certain point, leur genre de lésion, [...]fournissant des résonnances variables d'intensité ou de tonalité, dans les [...]érents points du thorax. — La *palpation* permet de juger de la consistance [...] tissus des parois thoraciques, du degré de frémissement vibratoire qui les [...]e pendant la phonation, du point précis où se fait l'impulsion du cœur, du [...]issement dit cataire, de celui que produisent certains frottements pleuréti[...]s, de la sensation de flot ou de succussion, et parfois enfin elle permet d'ob[...]r celle d'une fluctuation analogue à la fluctuation abdominale. Mais la fluc[...]ion thoracique est rarement perçue, et seulement dans des cas d'épanche[...]ts très-abondants, chez des sujets dont les espaces intercostaux sont natu[...]ement très-larges, ce qui tient à ce qu'on ne peut chercher à la produire [...]u niveau d'un espace intercostal. — L'*auscultation* pratiquée au niveau de [...]oitrine a une importance diagnostique qui n'a pas besoin de commentaires. [...]a *mensuration* cyrtométrique permet de constater le périmètre, les dia[...]res et en même temps la forme du contour de la poitrine ; elle fait comparer [...]changements qui surviennent sous ce rapport dans le cours des maladies, [...]ui permettent de suivre les modifications en plus ou en moins que subit la [...]acité de la poitrine. — Enfin, je ne ferai que rappeler, comme moyen excep[...]nel d'exploration thoracique, les PONCTIONS EXPLORATRICES à l'aide d'un [...]art capillaire, et, comme exploration plus exceptionnelle encore, la *com[...]ssion des pneumo-gastriques et des grands sympathiques*, signalée par [...]l neveu (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, mars 1860, t. XXV, p. 419) comme [...]ant indiquer, par la douleur que cette pression réveille, le siége de cer[...]s affections thoraciques.

[...]e n'ai pas à m'occuper d'autres moyens explorateurs de la poitrine, trop com[...]qués pour être habituellement autre chose que des moyens d'investigation [...]ntifique, comme les instruments de Hutchinson et Sibson, destinés à con[...]r d'une manière précise le degré d'expansion ou de retrait des parois tho[...]ques *pendant les mouvements respiratoires*, et la quantité d'air inspiré [...]xpiré par les poumons (*Voy.* SPIROMÉTRIE).

[...]e groupement des différents moyens d'exploration de la poitrine ne doit [...]être perdu de vue, du moins en ce qui concerne les moyens les plus usuels ; [...]i on ne l'a pas présent à la pensée, on peut, le cas échéant, oublier la re[...]che de signes physiques importants. Cet oubli serait d'autant plus fâcheux [...] ces méthodes exploratrices ont chacune leur importance dans des cas par[...]liers. Je n'entre pas dans les détails de leur application pratique, un article [...]ial ayant été consacré à chacune d'elles.

[...]pendant je ne dois pas omettre de rappeler que J. W. Corson a signalé [...]aines attitudes prises par les malades comme facilitant la percussion et l'aus[...]ation de la poitrine, en diminuant les obstacles qu'y apportent les muscles [...]oraux en avant, et les omoplates, ainsi que leurs muscles, en arrière. On [...]ent, en effet, par des positions différentes, l'amincissement, la condensation [...]a tension des muscles dans les régions explorées, et les signes obtenus en [...]ennent plus nets. L'auteur conseille au malade : de croiser ses membres [...]rieurs en arrière pour l'exploration des régions antérieures ; de croiser les [...]t-bras derrière la tête, les mains les saisissant près des coudes, pour [...]men de la base de la poitrine ; de les croiser en avant à la hauteur des [...]es côtes et de faire un effort comme pour élever les côtes, pour examiner

arriver que les bruits respiratoires, pendant l'auscultation, mas
anomaux du cœur, si l'on n'a pas soin de faire suspendre
mouvements de la respiration pour écouter les bruits cardia
Cette suspension des mouvements respiratoires doit aussi ê
respiration étant accélérée, les bruits anomaux des organ
peuvent être confondus avec les bruits respiratoires; mais,
point de repère précieux dans les rapports des bruits vr
avec les battements du pouls. L'envahissement de la cavité
organes abdominaux peut aussi fournir des signes qu'on
l'appareil respiratoire. Il est donc indispensable, lorsque l'on
de ne pas négliger l'examen des organes supérieurs de l'ab
permet quelquefois seul d'expliquer les phénomènes obse
thorax. J'ai indiqué, à propos de chaque organe, les signe
peuvent présenter ; et comme, dans l'appréciation diagnosti
trouvent naturellement en cause, cela suffit pour provoque
articles qui leur sont consacrés.

POLLUTION. — *Voy.* PERTES SÉMINALES.

POLYDIPSIE. — En dehors du diabète sucré (gly
théoriquement qu'il existait deux sortes de diabètes *non suc*
dans lequel le flux excessif des urines serait primitif ou i
qui serait consécutif à une soif excessive nécessitant l'inge
quantité de boisson, et qui constituerait la *polydipsie*. Mais
saurait, à mon avis, être applicable à la pratique, attendu
d'établir, au lit du malade, si la soif est réellement le point
dents polyuriques (*Voy.* POLYURIE).

POLYPES. — Des excroissances qui portent ce nom et
lopper dans les fosses nasales, dans le pharynx, l'œsophage,
et l'utérus, se manifestent par des tumeurs visibles ou invisi

, suivant les cas, un phénomène simplement physiologique, un symptôme, ɜn, suivant quelques auteurs, une maladie distincte.

mme *phénomène physiologique*, la polyurie est accidentelle et n'a pas ortance ; mais, comme *symptôme*, elle a une tout autre valeur.

la constate d'abord comme phénomène accidentel et subit lorsque, dans ırs d'une rétention d'urine, il y a expulsion de l'obstacle qui la produit, soit l'uretère, soit dans l'urètre (ordinairement un gravier, un petit calcul). :'est surtout dans les affections comprises autrefois sous la dénomination *abète* que la polyurie joue un grand rôle. Elle était, en effet, le symptôme un de ces affections et les avait fait considérer comme une seule et même ie. L'examen de l'urine, qui contient ou non de la GLYCOSE, apprend faci- ıt s'il s'agit d'un diabète vrai (GLYCOSURIE) ou d'un faux diabète, c'est-à- lu diabète dit *non sucré* ou *insipide*.

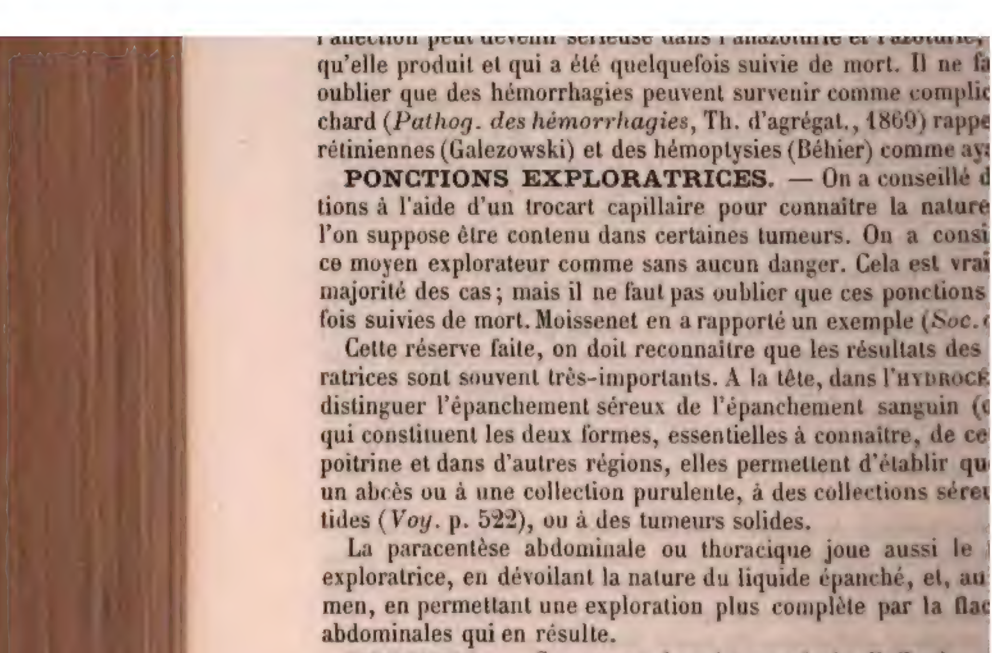
diabète, appelé improprement insipide, puisque des urines contenant du peuvent ne pas être sucrées au goût, comprendrait la *polydipsie*, dans lle, a-t-on dit, la quantité d'urine rendue est proportionnelle à la quantité quides ingérés, et la *polyurie*, qui serait une maladie caractérisée par sion habituelle d'une quantité d'urine supérieure à celle des boissons, ésentant des particularités spéciales.

tte distinction de la polydipsie et de la polyurie, établie théoriquement ès les rapports qui existent entre la quantité des boissons ingérées et de le excrétée, me paraît très-contestable. On ne tient pas compte, en effet, tte particularité importante que l'augmentation des matériaux aqueux de ce le a lieu tout aussi bien par l'inhalation pulmonaire de l'humidité de l'air ar les boissons ingérées. Cette origine négligée des matériaux aqueux de le empêche évidemment d'admettre, comme distincte de la polyurie, la ipsie, qui ne devient dès lors qu'un symptôme commun aux différentes s de la polyurie.

nsidérée comme maladie, la polyurie présente trois formes qu'il est néces- de distinguer les unes des autres. — Dans l'une, il y a simplement aug- ıtion relative de l'eau, la quantité des matériaux solides de l'urine étant la dans les vingt-quatre heures (*hydrurie*). — Dans une *deuxième forme*, l'abondance exagérée de l'urine, il y a une diminution notable ou même *rition complète de l'urée* de ce liquide, ce qui a fait donner à cet état le l'*anazoturie*. — Enfin la *troisième forme* est fondée, au contraire, sur nentation prononcée de l'urée dans le liquide urinaire.

symptômes communs à ces trois formes (dont la première peut cepen- être compatible avec une santé générale intacte) sont, non-seulement une entation plus ou moins considérable de la quantité des urines émises, mais e la *soif*, l'*amaigrissement*, la *dépression des forces*, la *langueur*. Dans mière forme, on a observé l'*épaississement de la salive*, la *sécheresse gorge*, et l'émission d'une *urine peu ou point colorée*, avec *diminution pesanteur spécifique*. Dans la seconde forme (anazoturie), *douleur épi- ique*, *urine couleur paille*, presque sans odeur, et *diminution notable rée*, que l'on a trouvée constituant seulement la dixième partie des maté- solides de l'urine au lieu de la moitié. Dans la troisième forme (azoturie), e est également peu colorée et presque sans odeur, mais d'une *densité airement élevée* qui tient, comme l'a démontré l'analyse chimique, à nentation parfois très-considérable de la quantité d'urée.

a vu la polyurie succéder à une véritable glycosurie, résulter de *maladies les*, de *lésions cérébrales* (Fritz, *Gaz. hebdom.*, 1859 ; W. Robertz), de


l'affection peut devenir sérieuse dans l'anazoturie et l'azoturie,
qu'elle produit et qui a été quelquefois suivie de mort. Il ne fa
oublier que des hémorrhagies peuvent survenir comme complic
chard (*Pathog. des hémorrhagies*, Th. d'agrégat., 1869) rappe
rétiniennes (Galezowski) et des hémoptysies (Béhier) comme ay

PONCTIONS EXPLORATRICES. — On a conseillé d
tions à l'aide d'un trocart capillaire pour connaître la nature
l'on suppose être contenu dans certaines tumeurs. On a consi
ce moyen explorateur comme sans aucun danger. Cela est vrai
majorité des cas; mais il ne faut pas oublier que ces ponctions
fois suivies de mort. Moissenet en a rapporté un exemple (*Soc.*

Cette réserve faite, on doit reconnaître que les résultats des
ratrices sont souvent très-importants. A la tête, dans l'HYDROCÉ
distinguer l'épanchement séreux de l'épanchement sanguin (
qui constituent les deux formes, essentielles à connaître, de ce
poitrine et dans d'autres régions, elles permettent d'établir qu
un abcès ou à une collection purulente, à des collections sére
tides (*Voy.* p. 522), ou à des tumeurs solides.

La paracentèse abdominale ou thoracique joue aussi le
exploratrice, en dévoilant la nature du liquide épanché, et, au
men, en permettant une exploration plus complète par la flac
abdominales qui en résulte.

PORRIGO. — Ce nom est donné à une foule d'affections
verses occupant le cuir chevelu, et notamment à l'IMPÉTIGO et

PORTE (Veine). — *Voy.* VEINES.

POTT (Maladie de). — *Voy.* RACHIS, p. 900.

POT FÊLÉ (Bruit de). — Ce bruit anomal de percussion
aigu et rappelant le bruit du choc d'un vase fêlé, a été sig
comme signe d'excavations tuberculeuses dans la région sous-

s le cas de *pneumonie* de la base, et à la partie postérieure de la poitrine z un jeune enfant de trois à quatre ans, percuté pendant l'action du *pleurer*.

POU. — *Voy.* PARASITES.

POULS. — Les anciens, privés des enseignements de l'anatomie patholo-e et de nos moyens de diagnostic, avaient étudié les qualités les plus subtiles pouls, attribuant à beaucoup d'entre elles des significations hypothétiques ou nulle valeur, mais aussi ayant formulé des données d'une assez grande eur pour la pratique. Réduite à ce qui est positivement établi, l'étude du ls a une grande importance clinique, et la question pourrait prendre facile-nt des proportions considérables si je la traitais à fond, au lieu d'en signaler plement les particularités le plus utiles au praticien. L'emploi du sphygmo-phe de Marey a donné une impulsion toute nouvelle à l'étude de cette ques-, et l'a pour ainsi dire régénérée en établissant des principes physiologiques eaux, qui ont été pour la pathologie l'origine féconde de données diagnos-es utiles.

e vais traiter à part du pouls artériel et veineux.

Pouls artériel.

es battements artériels auxquels on a donné le nom de *pouls* se perçoivent niveau des artères que la palpation peut atteindre. C'est ordinairement, me on sait, au niveau des radiales, au-dessus du poignet, qu'on le constate tuellement; mais, chez les malades agités, on a plus de facilité à explorer uls carotidien en dedans du muscle sterno-mastoïdien. L'artère brachiale, rale, et, dans les cas exceptionnels, l'aorte ventrale, peuvent aussi être inées. Enfin le reflux du sang dans les veines (au cou principalement) peut terminer des pulsations (*pouls veineux*).

'est à l'aide de la pulpe des doigts rapprochés en ligne que l'on pratique men du pouls. Pour l'exploration la plus ordinaire (pouls radial), le mem-du malade doit être médiocrement allongé en demi-pronation, sans aucune sion accidentelle qui puisse gêner la circulation du membre; le médecin se de sa main droite pour tâter le pouls du côté gauche et de sa main gauche r celui du côté droit, de manière à pouvoir appuyer au besoin la base de la me de sa main sur la face dorsale du bras du malade, en même temps qu'il lique la pulpe de ses doigts sur l'artère au-dessus du poignet.

'emploi de la montre à secondes pour juger de la fréquence du pouls a été à tort critiqué. Si, pour apprécier approximativement l'état normal ou fé-e du pouls, elle n'est pas indispensable, elle le devient pour juger des chan-ents qui surviennent du jour au lendemain dans les maladies aiguës et dans uelles l'aggravation ou l'amélioration ne s'annonce souvent que par une dif-nce de quelques pulsations en plus ou en moins.

ierordt a imaginé un instrument ingénieux à l'aide duquel on peut obtenir eprésentation graphique du pouls sur le papier. Son sphygmographe, d'un loi difficile dans la pratique, a été remplacé par celui de Marey, dont on ert généralement (*Voy.* SPHYGMOGRAPHIE). Cet instrument fournit des ré-ats précieux; mais s'il a permis de rectifier de vieilles erreurs, il ne faut pas re que les tracés qu'il fournit suppléent à toute autre étude du pouls artériel.

° *Caractères.* — Pour bien juger des caractères du pouls morbide, il est in-ensable de bien connaître le pouls de l'homme sain.

es battements cardiaques du fœtus, qui représentent son pouls, ont été trou-de 133 par minute en moyenne, et variant entre 108 et 160 (Jacque-r). Smith a recherché la fréquence de ces battements dans la première mi-e après la naissance sur 57 nouveau-nés (*Amer. med. Times*, 1864); mais



fréquence. Trousseau établit que le pouls des enfants à la
100 et 150, qu'il est à peu près deux fois plus fréquent
que cette accélération à elle seule, à moins qu'elle ne soi
que aucune valeur séméiologique, et qu'il faut tenir comp
de la peau (*Journ. des conn. médico-chirurgic.*, 1841).
a été justifiée par les recherches modernes faites à l'aide d

On sait que le pouls bat 60 à 65 fois par minute en m
mais qu'il peut varier d'un certain nombre de pulsations
selon les individus. Chez le vieillard, il est très-variable;
lent, d'autres plus fréquent que chez l'adulte. Il est de 7
Leuret et Mitivié, et, d'après Charlton, il varie de 38 à 10

Ces particularités sont importantes à connaître pour q
comme pathologiques certains caractères normaux du pouls.
le pouls bat 45 à 50 fois par minute, 80 ou 100 pulsations ind
assez forte, tandis que ce dernier chiffre sera modéré pour
habituelle est de 80 ou 90. On peut surtout tenir compte d
l'on connaît déjà son malade sous ce rapport, ou bien si l'
lui-même, ce qui arrive quelquefois.

Le pouls varie d'ailleurs accidentellement aussi dans
foule de circonstances. Sa fréquence est un peu plus grand
tions, chez la femme que chez l'homme; cette fréquence di
tus horizontal; elle augmente au contraire par les mouv
tions morales, sous l'influence d'un réveil subit, de l'in
des alcooliques ou des boissons excitantes. L'extension
suspendre le pouls radial (Verneuil). Ces modifications
rappeler, pour ne pas être confondues avec les modificatio
Dans ces dernières, le pouls varie dans sa *force* (pouls for
volume ou sa *consistance* (ample ou petit, dur ou mou,
ou concentré), dans la *durée* des pulsations (vite, rapide

ter; 2° cette fréquence est par suite la *conséquence du passage plus facile* *sang dans les vaisseaux, et principalement dans les capillaires.* En tres termes : *la fréquence du pouls est en raison inverse de la ten-* *artérielle.* Après ce simple énoncé, il suffit de montrer les tracés sphygmo-phiques suivants, non-seulement pour démontrer ces principes fondamen-, mais pour faire parfaitement comprendre les principales variations siologiques du pouls.

Fréquence du pouls. — Outre l'influence du système nerveux qui peut ercer sur les contractions cardiaques et en faire varier la fréquence, mme dans une émotion violente par exemple, il y a une foule d'autres con-ions qui dépendent du changement de résistances éprouvées par le cœur.

— Depuis Hales, il est démontré que le pouls s'accélère après des pertes sang. C'est ce que ntre la figure 213, représente les tra-obtenus avant et s la saignée.

Fig. 213. — De *a* en *b*, pouls avant la saignée. De *b* en *c*, après la saignée (ascension plus franche, par suite de diminution de la tension artérielle) (Marey, *fig.* 40).

— Guy et Graves prouvé que l'atti-faisait varier la fréquence du pouls, qui est plus grande dans la station ticale que dans la position assise, et dans la position assise que dans le dé-itus horizontal; ce qui s'explique, suivant Marey, par la circulation plus facile s la première position par rapport à la deuxième, et dans la deuxième rapport à la troisième, ce qui tiendrait, dans le premier cas, à ce que le poids la colonne sanguine favorise la circulation.

— Des variations dans la fréquence du pouls existent suivant que l'on uprime ou on relâche vaisseaux tériels, me on le *fig.* 214.

Fig. 214. — Dans la première moitié du tracé, tension élevée par suite de la compression des deux artères fémorales; cette compression a cessé dans la seconde moitié (Marey, *fig.* 42).

— La quence du uls est sous l'influence de la contraction ou du relâchement des petits vais-ux; le froid produisant leur contraction (par l'intermédiaire du grand sympa-que, comme l'a dé-ntré Cl. Bernard) et la aleur les relâchant, on plique très-bien les iations exprimées par figure 215.

Fig. 215. — Tracés obtenus le corps étant couvert de vêtements de plus en plus chauds, ajoutés à des intervalles de vingt minutes, *ab*, *bc*, *cd* (Marey, *fig.* 44).

— La figure 216 ntre que le repos ou l'activité musculaire fait aussi varier le pouls.

Force du pouls. — e les modifications iologiques de la fré-ce du pouls, il exis-les variations dans rce, qui augmente :

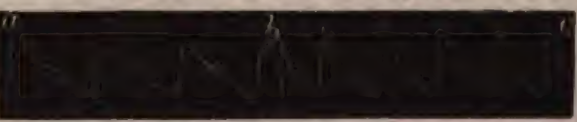


Fig. 216. — Tracé *a*, *b*, le sujet étant calme; *b*, *c*, tracé immédiatement après un exercice violent de marche ou d'ascension (Marey, *fig.* 47).

— Avec le *volume de l'artère* explorée;

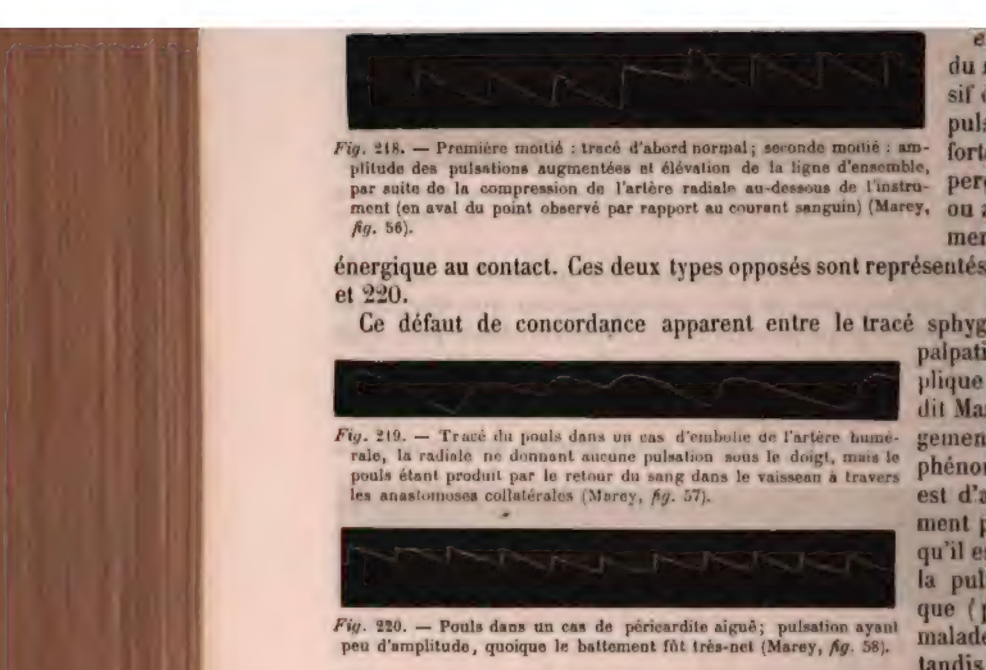


Fig. 218. — Première moitié : tracé d'abord normal ; seconde moitié : amplitude des pulsations augmentées et élévation de la ligne d'ensemble, par suite de la compression de l'artère radiale au-dessous de l'instrument (en aval du point observé par rapport au courant sanguin) (Marey, *fig.* 56).

e
du
sif
puls
fort
per
ou
men

énergique au contact. Ces deux types opposés sont représentés
et 220.

Ce défaut de concordance apparent entre le tracé sphyg
palpati
plique
dit Ma
gemen
phéno
est d'
ment
qu'il e
la pul
que (
malad
tandis

Fig. 219. — Tracé du pouls dans un cas d'embolie de l'artère humérale, la radiale ne donnant aucune pulsation sous le doigt, mais le pouls étant produit par le retour du sang dans le vaisseau à travers les anastomoses collatérales (Marey, *fig.* 57).

Fig. 220. — Pouls dans un cas de péricardite aiguë ; pulsation ayant peu d'amplitude, quoique le battement fût très-net (Marey, *fig.* 58).

me graduée chez celui de la figure 219.

J'ai dit quelques mots plus haut de la défectuosité des f
mises par les anciens. Marey a tenté en vain de trouver dan
anciennes des types qu'il pourrait rapprocher de ceux que
sphygmographe. Ferrand a cependant cru trouver une conco
faite, du moins approximative, et il en a tracé un tableau ingé

ndant le pouls peut aussi être dicrote dans la ligne d'ascension; il est systolique au lieu d'être diastolique. Marey croit qu'il caractérise alors icrotisme signalé par Bouillaud dans l'insuffisance aortique; mais d'un côté, Bamberger regarde cette forme du pouls comme caractéristique du s veineux. De nouvelles recherches sont donc indispensables pour que puisse bien préciser les conditions pathogéniques du pouls te systolique. Pour ner ce qui a rapport aux pouls dicrote le plus ordinaire ou diastolique, je rappelle que le rebondissement est quelquefois multiple *quand le pouls est lent*, *fig.* 221, et aussi chez l'homme sain que chez l'homme malade.



Fig. 221 (Marey, *fig.* 80).

Quant aux *conditions pathologiques* qui font varier le pouls, et à la *signification* de ses divers caractères, il faut les envisager aux points de vue du diagnostic ou du pronostic.

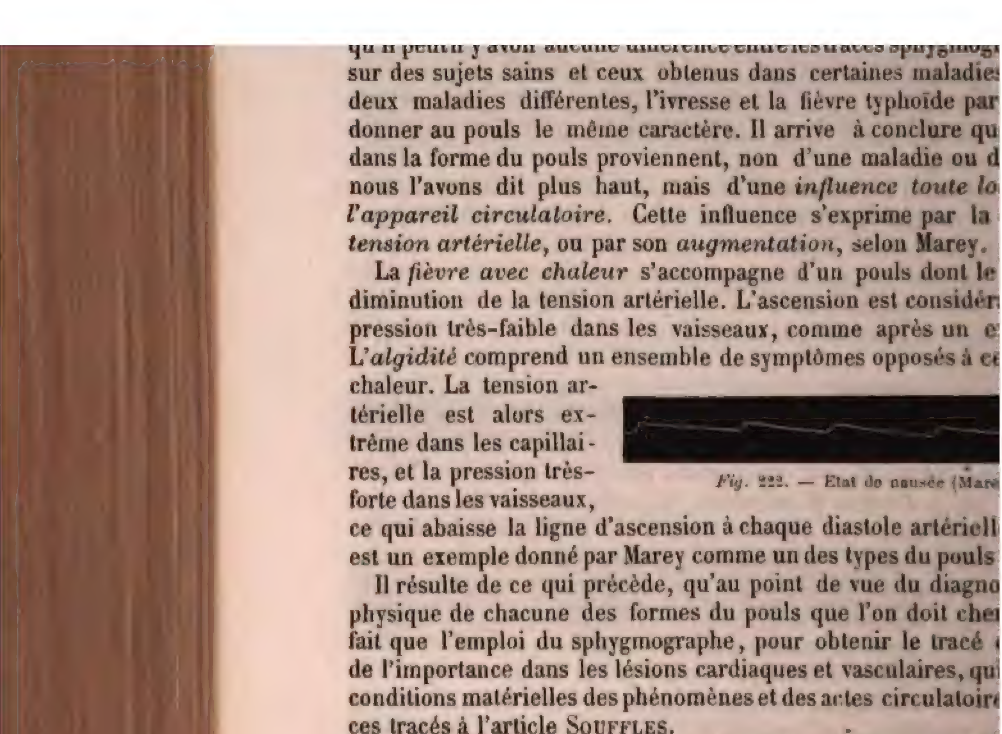
s anciens considéraient certaines qualités du pouls comme l'indice d'affections de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen. On ne saurait admettre aujourd'hui de telles opinions comme légitimes. On sait qu'il n'est aucun des signes fournis par le pouls qui soit pathognomonique; tous ont besoin d'être rattachés à d'autres données pathologiques pour avoir leur valeur. Malgré cette nécessité, l'exploration du pouls n'en constitue pas moins une source de données cliniques extrêmement importante, car il n'est guère de malade pour lequel elle ne soit source de renseignements utiles.

État normal du pouls indique l'absence d'une affection fébrile continue; il est compatible avec l'apyrexie d'une fièvre intermittente simple ou pernicieuse dont l'accès est passé, ou consécutif à une fièvre éphémère. Joint à douleurs vives ou à d'autres phénomènes, le pouls normal démontre que douleurs ou ces phénomènes ne dépendent pas d'une phlegmasie de certaine intensité. C'est ce qui a lieu pour les coliques hépatique, néphrétique, etc., pour douleurs qui accompagnent l'avortement, pour la gastralgie ou d'autres névroses, pour la méningite tuberculeuse.

fréquence seule du pouls se montre dans des conditions contraires; mais ne se rapporte pas toujours à la fièvre, comme je l'ai dit ailleurs (p. 400). pouls fréquent, plein, développé, constitue la fièvre lorsqu'il coïncide avec la sécheresse de la peau et surtout avec l'exagération de la chaleur, si bien précisée la THERMOMÉTRIE. Indépendamment de cette chaleur exagérée, la fréquence, plénitude et même la vibrance du pouls peuvent se rencontrer avec un état anémique (pléthore séreuse), avec une cachexie (thyroïdienne ou exophthalmique), ou une hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités. Sanders (cité par a : *Des poisons*, t. II) a signalé la force et la fréquence du pouls (jusqu'à ler une fièvre inflammatoire) par suite de l'ingestion de la digitale.

ralentissement du pouls est très-remarquable dans certains *ictères*, dans la convalescence des maladies aiguës et en particulier de la *pneumonie*, dans les empoisonnements par les *narcotiques* ou par les *narcotico-âcres*, qui le rendent également irrégulier. Après l'accouchement, le pouls se ralentit et devient assez souvent irrégulier.

petitesse du pouls a lieu dans une foule de maladies; aussi sa signification, cela même extrêmement variée, ne peut-elle servir à les distinguer. Très-souvent fréquent en même temps que petit, le pouls indique ordinairement une certaine gravité de la maladie existante, s'il s'y joint d'autres symptômes. C'est



qu'il peut n'y avoir aucune différence entre les tracés sphygmog
sur des sujets sains et ceux obtenus dans certaines maladie
deux maladies différentes, l'ivresse et la fièvre typhoïde par
donner au pouls le même caractère. Il arrive à conclure qu
dans la forme du pouls proviennent, non d'une maladie ou d
nous l'avons dit plus haut, mais d'une *influence toute lo*
l'appareil circulatoire. Cette influence s'exprime par la
tension artérielle, ou par son *augmentation*, selon Marey.

La *fièvre avec chaleur* s'accompagne d'un pouls dont le
diminution de la tension artérielle. L'ascension est considér
pression très-faible dans les vaisseaux, comme après un e
L'*algidité* comprend un ensemble de symptômes opposés à ce
chaleur. La tension artérielle est alors extrême dans les capillaires, et la pression très-forte dans les vaisseaux,

Fig. 222. — Etat de nausée (Mare

ce qui abaisse la ligne d'ascension à chaque diastole artériell
est un exemple donné par Marey comme un des types du pouls

Il résulte de ce qui précède, qu'au point de vue du diagno
physique de chacune des formes du pouls que l'on doit che
fait que l'emploi du sphygmographe, pour obtenir le tracé
de l'importance dans les lésions cardiaques et vasculaires, qu
conditions matérielles des phénomènes et des actes circulatoir
ces tracés à l'article Souffles.

Indépendamment de la valeur diagnostique de ces tracés
du cœur, il y a dans le pouls des particularités qu'il ne faut
Les modifications du rhythme du pouls sont surtout observ
tions cardiaques. Un physiologiste allemand, Weber (*Acad. d*

galité du pouls aux deux radiales, qui est quelquefois une condition ologique individuelle, peut dépendre d'une tumeur anévrysmale de l'aorte dante ou à l'origine de l'aorte descendante, qui gêne la pénétration du sang les artères secondaires du côté où elle siége. — *Le pouls cesse d'être perçu* eau des artères oblitérées par des embolies, ou comprimées par des tumeurs. fin le pouls *intermittent*, qui dépend de la suspension d'une systole cardia- u d'une systole avortée, se rencontre dans des conditions diverses, avec ou maladie du cœur, ordinairement dans des maladies graves, ou seulement 'il existe une grande faiblesse générale.

Pouls veineux.

s veines jugulaires présentent assez souvent des battements isochrones aux ments artériels, et visibles dans les espaces post-claviculaires et au-dessus, s veines distendues forment des reliefs irréguliers. Ce pouls veineux ne se produire que par le fait d'une *insuffisance de la valvule tricuspide,* e clôt pas l'orifice au moment de la systole, ce qui fait chaque fois refluer le dans les veines. Graves a constaté les pulsations des veines superficielles main chez un malade atteint de pneumonie, ce qui est un fait très-excep- el. Marey a vu aussi, avec Gubler et Verneuil, le pouls veineux se manifester seulement aux jugulaires, mais encore aux membres inférieurs d'une femme, veau de tumeurs variqueuses qui s'y trouvaient. Marey a pu y recueillir un sphygmographique qui montre que la pulsation se faisait en deux temps ou soulèvements : le premier faible, dû à la contraction de l'oreillette ; le second énergique, dû à celle du ventricule. Ce dicrotisme systolique a été constaté par Bamberger. Seidel et Geigel l'ont également relevé dans un fait très-inté- nt de pouls veineux chez une femme de soixante-treize ans, qui présentait seulement des pulsations des jugulaires, mais encore des soulèvements isochro- du foie hypertrophié, qui descendait jusqu'à la crête iliaque. Il est vrai que ffisance tricuspide fut trouvée des plus tranchées à l'autopsie, qui montra le icule droit très-hypertrophié, et la veine cave tellement dilatée de l'oreillette ie qu'elle mesurait 12 centimètres de diamètre (*Arch. de méd.*, 1864). icrotisme du pouls veineux offrirait ceci de particulier qu'il se produirait ant la systole ou l'ascension du tracé, selon Bamberger, tandis qu'il se feste pendant la diastole ou sur la ligne de descente dans le pouls artériel. n a vu plus haut que la signification du dicrotisme systolique n'est pas encore établie. Nous reviendrons au mot SOUFFLES (cardiaques) sur l'insuffisance spide.

OUMONS. — Ces organes sont en rapport avec les parois thoraciques toute l'étendue des régions costales, sauf dans un point limité de la région rdiale et au niveau des côtes les plus inférieures, surtout à droite. L'espace occupé à droite et à gauche par ces organes peut être diminué, soit par des mulations de liquides dans les séreuses thoraciques, soit par le développe- t des organes intra-thoraciques ou des organes abdominaux refoulant le ragme (*Voy.* POITRINE).

s *maladies* du poumon qui peuvent être diagnostiquées pendant la vie sont : ngestion, l'*apoplexie pulmonaire*, la *pneumonie*, la *gangrène* du pou- , l'*œdème*, les *tubercules* (phthisie), la *dégénérescence lardacée* ou loide; le *cancer*, les *tumeurs hydatiques* ou autres, l'*emphysème* vési- re et la *perforation* accidentelle de l'organe (*pneumo-thorax*). J'ai traité ment de ces différents états pathologiques, que je ne fais qu'énumérer.

rmi les *symptômes* des maladies du poumon, la *douleur* qui en accom- e un certain nombre ne résulte que de l'extension de la lésion à la plèvre

désir de l'acte vénérien, constitue le symptôme de ce nom. II
sis, qui est une sorte de folie vénérienne chez l'homme, en ce
toutes locales et n'ont point, comme le satyriasis et la nymph
de départ dans l'encéphale.

La recherche de la cause du priapisme est le point capi
Parmi les causes locales faciles à constater sont : la *blennor*
cissement de l'urètre, la *balanite*, l'accumulation de la *mat*
le prépuce et le gland. En l'absence de ces causes, il faud
priapisme ne dépendrait pas d'*excès vénériens*, d'habitudes
de la présence d'*oxyures* dans le rectum, de l'inflammation d
vessie, de l'existence d'une *cystite*, d'un *calcul* vésical, d'exc
enfin d'*écarts de régime*.

PROFESSIONS. — Quand on interroge un malade, la si
de sa profession fait parfois soupçonner qu'il peut être affect
ladies, ce qui met immédiatement le praticien sur la voie du d
fois c'est au contraire la constatation des accidents morbides
si le malade n'a pas été exposé par sa profession à des causes
soupçonne, et qui pourraient échapper à un interrogatoire su

A ces deux points de vue, il serait certainement utile de
professions qui sont considérées comme l'origine de divers
une pareille énumération dépasserait toute limite raisonnab
beaucoup de ces influences professionnelles qui sont d'obser
puis donc me contenter de rappeler celles qui pourraient ne
l'esprit du médecin.

Sans vouloir établir une division complète des profession
nière d'agir, je rappellerai que leur influence s'exerce princip
sant des corps : 1° qui ont une action nuisible immédiate su
infectent le sang en pénétrant dans l'économie par inocul
3° qui pénètrent dans l'économie par des voies naturelles.

ur des mains; par le maniement des cocons de vers à soie immergés dans chaude, qui produisent une affection pustuleuse particulière (*mal de bas-*. La pulvérisation du quinquina pour la fabrication du sulfate de quinine ionnerait aussi une maladie cutanée, qui serait quelquefois d'une extrême é, selon Chevallier (*Acad. des sciences*, 1858).

peau fendillée ou excoriée donne passage à des *principes virulents* qui ort à redouter pour certains ouvriers. Toutes les professions qui exigent itact d'animaux qui peuvent être atteints de la *morve* ou du *farcin*, de *stule maligne*, du *charbon*, ou la manipulation de leurs débris (peaux, , poils, laines, crins), exposent à contracter ces maladies, de même que itact des corps en putréfaction, ou de leurs provenances, déterminent la *ite* ou la *lymphangite*.

nombreuses professions exposent à des maladies plus ou moins graves uite d'inhalations nuisibles ou toxiques. Un air chargé d'*huiles essentielles* essences vaporisées, d'émanations *putrides*, celles du *tabac* travaillé dans anufactures, les vapeurs de *sulfure de carbone* (qui sert à dissoudre le chouc), celles provenant de la préparation de certains *produits chimi-*, l'iode et le brome, par exemple, méritent une mention particulière. — uvriers des manufactures de *tabac* éprouveraient, dans les premiers temps ur travail, des maux de tête, des vertiges, des insomnies, des nausées et nt de la diarrhée (Mélier, *Mém. Acad. de méd.*, 1846, t. XII). — Le *re de carbone* produit une INTOXICATION grave (Delpech). — Les fabricants *romate de potasse*, malgré les assertions contraires de Zuber et Erhmann lixheim), sont exposés aux accidents suivants, par ordre de fréquence : erforation ou destruction du cartilage de la cloison nasale; 2° ulcérations, cules ulcérés des mains, éruptions eczémateuses disséminées, ulcérations rantes des articulations phalangiennes; 3° bronchites et attaques de suffo-n; 4° céphalalgies fréquentes, amaigrissement; 5° ulcères pharyngiens pou-simuler la syphilis. Ces accidents sont très-rapides (Delpech et Hillairet, *d. de méd.*, 1864). — La préparation des couleurs d'*aniline* donne aussi à la production d'accidents graves sur les organes digestifs et surtout sur stème nerveux : céphalées, vertiges, puis syncopes, et exceptionnellement oma, parfois du délire et des mouvements convulsifs (Bergeron, *Acad. de l.*, 1865). — Le *phosphore* peut produire des accidents graves d'un autre e, et sur lesquels nous aurions à insister, s'il n'en avait pas été question aux mots PHOSPHORE et EMPOISONNEMENTS (*Voy.* pp. 339 et 824).

is c'est surtout par les *poussières* tenues en suspension dans l'air et péné-dans les voies respiratoires que les professions exposent fréquemment à maladies. Elles agissent tantôt d'une manière toxique par absorption, et t par irritation locale.

s poussières intoxicantes, parfois invisibles, et par suite non soupçonnées, principalement métalliques. Les préparations plombiques, arsenicales, urielles, sont celles auxquelles il faut d'abord penser. Outre les profes-de connaissance vulgaire qui exposent à ces accidents (*Voy.* INTOXICA-s), il en est de moins connues et qu'il est utile de rappeler. Celles concer-la fabrication de la braise chimique ou du charbon de Paris, celle des vernis (ponçage des peaux), exposent à l'intoxication saturnine; le dé-age des laines et des crins, le maniement du vert arsenical ou de Schwein-à l'intoxication arsenicale, qui se manifeste dans ce dernier cas par de ème et des ulcérations ressemblant à celles de la syphilis (Blandet, Che-er, Follin, Vernois, etc.); le feutrage des chapeaux expose à respirer des

eur des mains; par le maniement des cocons de vers à soie immergés dans chaude, qui produisent une affection pustuleuse particulière (*mal de bas-*). La pulvérisation du quinquina pour la fabrication du sulfate de quinine onnerait aussi une maladie cutanée, qui serait quelquefois d'une extrême ité, selon Chevallier (*Acad. des sciences*, 1858).

a peau fendillée ou excoriée donne passage à des *principes virulents* qui fort à redouter pour certains ouvriers. Toutes les professions qui exigent ntact d'animaux qui peuvent être atteints de la *morve* ou du *farcin*, de ustule maligne, du *charbon*, ou la manipulation de leurs débris (peaux, s, poils, laines, crins), exposent à contracter ces maladies, de même que ntact des corps en putréfaction, ou de leurs provenances, déterminent la ite ou la *lymphangite*.

nombreuses professions exposent à des maladies plus ou moins graves ite d'inhalations nuisibles ou toxiques. Un air chargé d'*huiles essentielles* essences vaporisées, d'émanations *putrides*, celles du *tabac* travaillé dans nufactures, les vapeurs de *sulfure de carbone* (qui sert à dissoudre le chouc), celles provenant de la préparation de certains *produits chimi-*, l'iode et le brome, par exemple, méritent une mention particulière. — vriers des manufactures de *tabac* éprouveraient, dans les premiers temps r travail, des maux de tête, des vertiges, des insomnies, des nausées et t de la diarrhée (Mélier, *Mém. Acad. de méd.*, 1846, t. XII). — Le re *de carbone* produit une INTOXICATION grave (Delpech). — Les fabricants romate *de potasse*, malgré les assertions contraires de Zuber et Erhmann xheim), sont exposés aux accidents suivants, par ordre de fréquence : rforation ou destruction du cartilage de la cloison nasale; 2° ulcérations, ules ulcérés des mains, éruptions eczémateuses disséminées, ulcérations ntes des articulations phalangiennes; 3° bronchites et attaques de suffo-n; 4° céphalalgies fréquentes, amaigrissement; 5° ulcères pharyngiens pou-simuler la syphilis. Ces accidents sont très-rapides (Delpech et Hillairet, d. *de méd.*, 1864). — La préparation des couleurs d'*aniline* donne aussi à la production d'accidents graves sur les organes digestifs et surtout sur stème nerveux : céphalées, vertiges, puis syncopes, et exceptionnellement ma, parfois du délire et des mouvements convulsifs (Bergeron, *Acad. de* ., 1865). — Le *phosphore* peut produire des accidents graves d'un autre e, et sur lesquels nous aurions à insister, s'il n'en avait pas été question ux mots PHOSPHORE et EMPOISONNEMENTS (*Voy.* pp. 339 et 824).

s c'est surtout par les *poussières* tenues en suspension dans l'air et péné-dans les voies respiratoires que les professions exposent fréquemment à aladies. Elles agissent tantôt d'une manière toxique par absorption, et t par irritation locale.

poussières intoxicantes, parfois invisibles, et par suite non soupçonnées, principalement métalliques. Les préparations plombiques, arsenicales, rielles, sont celles auxquelles il faut d'abord penser. Outre les profes-s de connaissance vulgaire qui exposent à ces accidents (*Voy.* INTOXICA-), il en est de moins connues et qu'il est utile de rappeler. Celles concer-la fabrication de la braise chimique ou du charbon de Paris, celle des ernis (ponçage des peaux), exposent à l'intoxication saturnine; le dé-e des laines et des crins, le maniement du vert arsenical ou de Schwein- l'intoxication arsenicale, qui se manifeste dans ce dernier cas par de ne et des ulcérations ressemblant à celles de la syphilis (Blandet, Che-—, Follin, Vernois, etc.); le feutrage des chapeaux expose à respirer des

ou à l'anus. Celui des parties génitales occupe le scrotum pudendum chez la femme, dont le vagin est quelquefois envah voquer l'onanisme. Celui de l'anus (*prurigo podicis*) accon hémorrhoïdes ou des ascarides du rectum. Dans ces différe provoque quelquefois une agitation et une anxiété affreuses. C comme espèce particulière très-commune le *prurigo senilis* la sécheresse extrême de la peau et la fréquence d'une tité de poux, qui ont fait dénommer alors la maladie *pr* (*Voy.* PHTHIRIASE).

3° *Pronostic.* — Cette affection cutanée est fâcheuse seule sité de prurit qui l'accompagne, et par sa fréquente opiniâ les sujets misérables et affaiblis.

PRURIT. — Ce symptôme se rencontre dans des conditior Il constitue un signe fréquent d'affections cutanées, les u lesquelles l'*urticaire* et l'*eczéma* occupent le premier rang, niques, parmi lesquelles les syphilides se distinguent par l'al geaisons. Le prurigo, la gale, les teignes, sont surtout remarq du prurit qui les accompagne.

La vulvite et la congestion utérine, l'otite à son début, l'ict atteintes par la goutte sont aussi le siége d'un prurit localisé, devenir incommode. Le même phénomène constitue quelque leptique. Mais les affections dans lesquelles le prurit est u sont celles produites par des épizoaires, ou par des entozoaire tives (surtout lorsqu'il existe à la fois à l'anus et au niveau cavités nasales, le prurit a toujours précédé les accidents grav dépôt de larves de mussides, qui y est effectué quelquefois pen plein air, dans certaines contrées (*Voy.* p. 768). Enfin l'ingesti celle de l'opium même à petites doses, déterminent à la pea

symptômes sont assez caractéristiques. Le principal est l'*écoulement*, en ité variable, d'un liquide muqueux, le plus souvent limpide et transparent, u moins filant, s'effectuant par l'urètre, principalement au moment des de défécation, surtout s'il y a une constipation habituelle. Une *sensation de leur* dans la région rectale, des *besoins fréquents d'uriner*, avec sensa-nible au moment de la *miction*, des *érections* morbides, et des *rêves las-* aractérisent aussi cette affection. Il en résulte que les sujets atteints sont nts, hypochondriaques, se croyant affectés de pertes séminales. — La prosta-e, essentiellement *chronique*, est due le plus souvent à l'abus des plaisirs iens et à l'*onanisme*, à la *cystite chronique* du col de la vessie, aux *rétré-ments* de l'urètre, aux diverses *affections du rectum*, ce qui oblige à un n de cet organe pour établir le diagnostic. — Il est probable que la pros-st le siége d'un travail inflammatoire, car il n'est pas rare de la trouver u moins tuméfiée et indurée sur le vivant.

appelle ces données fournies par l'observation, parce qu'il n'est pas rare nfondre la prostatorrhée avec les différentes formes d'*urétrite*, avec la *atorrhée* et la *cystite chronique*. — Il n'y a qu'une forme d'urétrite, la rrhée, que l'on pourrait prendre pour la prostatorrhée; mais il suffira, éviter l'erreur, de tenir compte de l'aspect du liquide, opaque et jaunâtre e premier cas, et transparent dans le second. — L'examen microscopique, tant l'absence des spermatozoïdes dans le liquide évacué, est une excel-preuve qu'il ne s'agit pas d'une spermatorrhée. Mais il ne faut pas oublier s spermatozoïdes peuvent se montrer dans le mucus de la prostatorrhée les cas de défécation difficile, la pression exercée sur les vésicules sémi-par les fèces durcies, en même temps que sur la prostate, pouvant chasser urètre du fluide séminal et des animalcules spermatiques (*Voy.* PERTES ALES, p. 801), qui se mélangent au mucus, comme j'en ai vu un exemple. ant à la cystite chronique, ses signes sont tellement différents de ceux de tion qui m'occupe, qu'il faudrait une extrême inattention pour prendre eux maladies l'une pour l'autre. Qu'on n'oublie pas cependant qu'elles ent coexister ensemble, la cystite agissant comme cause.

prostatorrhée est une affection bénigne, mais souvent très-prolongée, itrée même, et alors très-pénible par les désordres psychiques qu'elle ndre.

OSTRATION. — *Voy.* ABATTEMENT.

OTOZOAIRES. — *Voy.* PARASITES.

OTUBÉRANCE. — *Voy.* ENCÉPHALE.

URIGO. — 1° *Éléments du diagnostic.* — Des *papules* discrètes, isolées, ntrant ordinairement à la partie postérieure du tronc et à la face externe membres, et des *démangeaisons* parfois intolérables surtout le soir et la sont les premiers signes de l'affection; mais bientôt le grattage déchire le met des papules, où se coagule et se dessèche une petite gouttelette de sang, la distribution irrégulière sur la peau et les éraillures de l'épiderme par les s constituent encore les traces de la maladie, même lorsque les papules isparu. — La marche de cette affection est ordinairement chronique, et nt très-rebelle. Il y a des exacerbations parfois très-vives, avec de l'agi-n, de l'insomnie, et même de la fièvre.

Inductions diagnostiques. — Le diagnostic du prurigo ne présente pas difficultés lorsqu'il est simple, et lorsqu'on le rencontre dans ses conditions uelles : chez des individus qui se trouvent habituellement dans de mau-s conditions hygiéniques d'habitation ou d'alimentation, dans la malpro-

et que sa surface est quelquefois *luisante*, et d'un *rouge som*
rappelle la teinte des syphilides. Avec le temps, *la peau s'épa*
psoriasis, se gerce et devient le siége de *fentes*, de véritables
auprès des articulations. Avec cette affection, la santé généra
ment parfaite, et, suivant Devergie, il y aurait *absence com*
geaisons, sauf dans les cas de complications. Ce serait même
caractère diagnostique important de la maladie ; mais, suivan
traire, la cuisson et les démangeaisons seraient des caractères
riasis. Il faudrait donc admettre qu'il y a ou non, indifférem
cette maladie. *Les coudes et les genoux* sont les points du cor
tre le plus souvent l'éruption, et il est rare qu'elle se trouve ai
existe aux genoux et aux coudes, par où elle débute ordin

Les variétés admises, suivant la forme ou le siége de l'éru
breuses ; mais au point de vue du diagnostic elles n'ont qu'u
portance.

Il est rare que cette affection soit aiguë à son début; mais
début, sa marche est ensuite essentiellement chronique et
l'éruption peut persister toute la vie. Aussi, en cas de guéri
sont-elles infaillibles, même après plusieurs années. — Les
de boissons *alcooliques*, les *émotions* morales vives, etc.,
comme les principales causes occasionnelles de la maladie.

Les caractères que j'ai rappelés en commençant suffisent le
faire reconnaître le psoriasis. Dans certains cas cependant,
présenter des difficultés. C'est en rapprochant des caractères
des maladies cutanées qui peuvent avoir une certaine analog
SQUAMES), telles que l'eczéma squameux, le pityriasis, le lic
ciné, que l'on pourra se prononcer au lit du malade. L'étude
symptômes et de la marche antérieure de la maladie sera éga
surtout sur ces données que l'on devra se fonder pour déci

es auteurs que cette affection, essentiellement aiguë, appelée aussi *faux p, angine striduleuse, laryngite spasmodique*, n'est qu'une inflammation rficielle ou une *congestion* de la muqueuse laryngienne, donnant lieu à accès de suffocation plus ou moins effrayants, qui différencient cette die de la laryngite aiguë simple.

Éléments du diagnostic. — Le pseudo-croup se déclare par un *accès* subit nant le plus souvent la nuit (Wichmann, Guersant) et réveillant l'enfant rsaut. — L'accès est caractérisé par une *toux* particulière, plus ou moins euse, forte, sonore, rauque, parfois avec un *cri particulier* comparé aux ments d'un jeune chien; une *respiration* rapide, pénible, avec inspiration ente, rauque et sonore en même temps, et que l'on a comparée au cri du une *expectoration* à peu près nulle; une *voix* altérée, enrouée, déchirée, *être complétement abolie*. En même temps l'anxiété est grande; la face, is violacée, a une expression de terreur; rarement il y a de la fièvre ou de es convulsions. Dans les intervalles des accès, la face pâlit, l'anxiété ue ou disparaît, la toux est moins sèche, et tous les symptômes locaux atténués. — Si les accès se répètent les nuits suivantes, ils vont en s'at- ant.

Inductions diagnostiques. — La question principale du diagnostic, c'est ter de confondre cette maladie avec le véritable croup. On ne saurait mécon- e le croup s'il y avait une vraie expectoration de fausses membranes; mais absence de ce signe, on se rappellera que les symptômes du croup sont plus oins graves *avant le premier accès* (qui survient aussi bien le jour que la), que les symptômes restent inquiétants dans les intervalles des accès, que ix est alors très-altérée, *éteinte*, et qu'il y a *engorgement des ganglions icaux*: tandis que, dans le pseudo-croup, l'invasion est subite ou inat- due, ou bien précédée seulement, comme antécédent, de coryza ou d'en- ment. L'existence antérieure d'autres attaques de la même maladie, heureu- ent terminée, viendra indirectement en aide au diagnostic, que confirmera arche essentiellement aiguë et décroissante, ainsi que la terminaison favo- le de l'affection.

e pseudo-croup ainsi compris a été confondu fréquemment avec le spasme a glotte (principalement par les auteurs anglais); la confusion pourrait re avoir lieu avec la laryngite simple, mais plus difficilement avec l'œdème a glotte, la coqueluche, le catarrhe suffocant (bronchite capillaire).

e *spasme de la glotte*, qui survient dans l'éclampsie des enfants, s'observe s le cours d'une affection convulsive, et la suffocation qui en résulte est es- iellement passagère. — Les caractères différentiels du pseudo-croup avec la yngite *aiguë* intense ne sont pas parfaitement tranchés, l'inflammation du e organe ayant lieu de part et d'autre; il n'y a ici que des nuances dont la picacité du médecin saura tirer parti suivant les cas. — Le pseudo-croup, tion de l'enfance, ne saurait être confondu avec l'*œdème de la glotte*, qui taque guère que les adultes, et dont les symptômes restent d'ailleurs intenses re les accès de suffocation; de plus, la voix est très-altérée, ce qui n'arrive dans l'angine striduleuse. — Les accès de toux si caractéristiques de la eluche, la dypsnée continue et les râles si abondants à l'auscultation que contaste dans le *catarrhe suffocant* (bronchite capillaire généralisée) pêcheront certainement de prendre ces deux affections pour un pseudo-croup éciproquement.

Pronostic. — Il est toujours favorable, à moins qu'il ne survienne comme plication un *spasme de la glotte*, ce qui a été observé. Les attaques, d'ail-



et que sa surface est quelquefois *luisante*, et d'un *rouge s*
rappelle la teinte des syphilides. Avec le temps, *la peau s'é*
psoriasis, se gerce et devient le siége de *fentes*, de véritable
auprès des articulations. Avec cette affection, la santé géné
ment parfaite, et, suivant Devergie, il y aurait *absence co*
geaisons, sauf dans les cas de complications. Ce serait mêm
caractère diagnostique important de la maladie ; mais, suiva
traire, la cuisson et les démangeaisons seraient des caractèr
riasis. Il faudrait donc admettre qu'il y a ou non, indifférer
cette maladie. *Les coudes et les genoux* sont les points du c
tre le plus souvent l'éruption, et il est rare qu'elle se trouve
existe aux genoux et aux coudes, par où elle débute ord

Les variétés admises, suivant la forme ou le siége de l'é
breuses ; mais au point de vue du diagnostic elles n'ont qu'
portance.

Il est rare que cette affection soit aiguë à son début ; mai
début, sa marche est ensuite essentiellement chronique
l'éruption peut persister toute la vie. Aussi, en cas de gué
sont-elles infaillibles, même après plusieurs années. — Le
de boissons *alcooliques*, les *émotions* morales vives, etc.
comme les principales causes occasionnelles de la maladie.

Les caractères que j'ai rappelés en commençant suffisent
faire reconnaître le psoriasis. Dans certains cas cependant
présenter des difficultés. C'est en rapprochant des caractère
des maladies cutanées qui peuvent avoir une certaine anal
SQUAMES), telles que l'eczéma squameux, le pityriasis, le li
ciné, que l'on pourra se prononcer au lit du malade. L'étud
symptômes et de la marche antérieure de la maladie sera ég
surtout sur ces données que l'on devra se fonder pour dé

présente comme une affection complexe dans ses manifestations anatomiques, considérées comme primitives ou secondaires suivant l'idée que l'on se fait de sa nature. La remarquable discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, en 1858, a démontré la diversité des opinions à ce sujet. Mais au point de vue où je me place, je n'ai pas à discuter la valeur des doctrines diverses dont la fièvre puerpérale a été le point de départ. Je n'ai qu'à me servir des données pratiques utiles au diagnostic.

Éléments du diagnostic. — Un *frisson intense et prolongé* ou une *série de frissons* irréguliers marquent ordinairement le début, dans les *deux premiers jours* qui suivent l'accouchement, et exceptionnellement *pendant l'accouchement* même. Après le frisson : chaleur sèche de la peau, puis moiteur visqueuse, surtout à la *face*, qui est *pâle*, *altérée ; pouls* petit, concentré, pendant le frisson, tantôt devenant large, dépressible, tantôt se maintenant très-faible, toujours *fréquent*, de 110 à 140 ou 150 pulsations ; *céphalalgie* immédiatement après le frisson, ou ne survenant que deux ou trois jours plus tard ; *prostration* très-grande; *facultés intellectuelles* dans un état variable; *stupeur*, perte de l'intelligence, rêvasseries, *délire* tranquille ou furieux, *agitation* extrême, vociférations, mouvements *convulsifs*. Du côté de l'abdomen, signes de *péritonite* partielle ou générale (douleur, vomissements, météorisme); ou bien, s'ils font défaut, la douleur se fixe dans les aines, vers les ovaires ou les ligaments larges, ou dans les profondeurs du bassin vers l'utérus, ou dans les lombes. L'*anorexie* est complète, la *soif* vive : *langue* d'abord blanchâtre, puis rouge, dure, noirâtre, dents fuligineuses, et, dans les cas les plus graves, lèvres sèches et *pulvérulentes*. Il y a de la *constipation* ou de la *diarrhée*, les *selles* en général fétides, et parfois du *ténesme*, suivant Bidault et Arnoult (*Gaz. méd.*, 1845). La *respiration* est tantôt normale et tantôt accélérée, à 40, et plus, anxieuse et courte, ce qui provient des douleurs abdominales, de la congestion pulmonaire ou d'autres complications thoraciques. Les *lochies* se suppriment le plus souvent, mais quelquefois elles persistent ou même augmentent d'abondance, comme le prouvent les recherches modernes, sans que toutefois il y ait un rapport direct entre les modifications des lochies et l'intensité de la maladie; il en est absolument de même de la *sécrétion laiteuse*. Il y a souvent *dysurie* et parfois *rétention d'urine* (ce qui peut tenir à la contusion produite par le canal de l'urètre au moment de l'accouchement) ; l'*urine* est d'ailleurs très-colorée, trouble, sédimenteuse et quelquefois même purulente. L'évolution des symptômes n'est pas uniforme pendant toute la durée de la maladie. Au début, ou dans une première période, se remarquent les frissons, la céphalalgie, les symptômes violents du côté du cerveau, les douleurs de ventre, les vomissements, etc.; plus tard, dans une seconde période, dite de collapsus, les douleurs deviennent plus obtuses ou cessent complétement, l'agitation est remplacée par une prostration profonde, le coma, le petitesse du pouls; les selles sont fétides, involontaires.

Inductions diagnostiques. — Parmi ces différents éléments de diagnostic, il en est deux, accouchement récent et épidémie régnante de fièvre puerpérale, dont la connaissance suffit pour donner l'éveil au médecin, et par suite donne leur valeur aux premiers symptômes de fièvre puerpérale qu'il observe. Le frisson intense, prolongé ou répété du début a surtout une grande importance ; mais il faut se garder de le confondre avec le frisson qui suit immédiatement l'accouchement et qui est un trouble nerveux passager, après lequel tout rentre graduellement dans l'ordre , tandis que le frisson de la fièvre puerpérale, qui se montre d'ailleurs plus tard dans la plupart des cas,

d'embarras qu'au début, car les symptômes qui annoncent la fi
dessinent bientôt plus nettement. Charpentier (*Thèse*, 1863
sur le diagnostic de la fièvre puerpérale avec la fièvre de lait,
la *fièvre traumatique* qui peut se montrer après l'accouche
accompagne la *rétention d'urine*, comme des causes d'er
nécessaires à signaler. Dans tous les cas, l'élévation de la te
momètre, et celle du pouls, sont en raison de l'intensité de
telle; le thermomètre peut indiquer 40 et 41 degrés. Toute acc
en dehors de la fièvre de lait, doit mettre en éveil, car Blot a
pouls des accouchées subissait fréquemment un ralentissemen
plus ou moins longtemps (*Acad. de méd.*, juillet 1863).

Il ne peut y avoir de doutes sur l'existence de la maladi
des cas où elle s'annonce par un frisson intense ou prolong
l'abattement, de la soif, la sécheresse de la langue et des d
Cependant le médecin doit chercher à réunir toutes les donn
peut fournir la maladie.

On doit tenir compte, par exemple, de la marche rapide d
rale. Elle varie suivant qu'elle se termine par la mort ou la
premier cas, en effet, sa durée n'est quelquefois que de qu
milieu de symptômes presque foudroyants, la respiration s
coup, la face devient violacée et il se montre des signes d'asp
souvent la mort n'arrive que du troisième jour au huitième. L
rapidement lorsque la maladie est d'une médiocre intensité,
qu'elle est plus grave, deux, trois semaines et plus sont néc
observateurs ont cru remarquer que la fièvre puerpérale
dans sa marche; mais les faits de cette espèce ne sont pas tr
comme l'a fait remarquer Voillemier, le retour des frissons
rien de régulier.

Outre la circonstance d'un accouchement tout récent, et

t en vertu de laquelle la fièvre puerpérale aurait été con-
le l'accouchement, pendant la grossesse, ou même en dehors
certains observateurs. Il est difficile de comprendre que, dans
les maternités qui a eu lieu en 1866 à la Société. de chirur-
itester l'existence de la contagion, dont la réalité est d'obser-
qui, sans être la seule cause, est une des principales.
ble des données qui rend le diagnostic habituellement facile,
qu'une *péritonite*, une *métrite*, ou une autre inflammation
de l'utérus, peut simuler une fièvre puerpérale, ou en être la
sion. Pour Béhier, en effet, qui a fait des recherches persévé-
aladies des femmes en couches (*Clinique médicale*, 1864), la
it toujours au début de la fièvre puerpérale, et se propagerait
siége des premiers accidents phlegmasiques étant presque tou-
angles de l'utérus. Aussi Béhier n'admet-il pas la fièvre puer-
. Pour ceux qui la croient réelle, la certitude qu'il n'existe
e de fièvre puerpérale, et la probabilité que le fait observé n'en
ier exemple, sont les seules circonstances qui peuvent faire
n'a affaire qu'à de simples inflammations locales; car si ces in-
compagnent de fièvre, elles simulent complétement la maladie
e qui est un argument invoqué par Béhier et par ceux qui, comme
t que la fièvre puerpérale a toujours pour point de départ une

ner la *forme* qu'affecte la fièvre puerpérale, il faut savoir que
nombreuses, mais qu'elles sont loin d'avoir toutes une égale
le diagnostic. Outre la forme *intermittente*, si elle existe réel-
me *foudroyante*, dont il a été question plus haut, on a admis
pérales *spontanées* (survenant d'emblée par des symptômes
ccouchement) et *secondaires*, ou survenant pendant la fièvre de
Mais les formes qui donnent à la maladie une physionomie vrai-
e sont les deux suivantes, admises par la plupart des observa-
inflammatoire, remarquable par l'intensité de la fièvre et des
citation, et la forme *typhoïde*, qui se distingue par la prostra-
sécheresse de la langue, l'enduit fuligineux des dents, etc. Ces
vent se succéder chez le même sujet. Enfin Paul Dubois (*Acad.*
858) a ajouté à ces deux formes celle qu'il appelle *muqueuse*
qui n'est autre chose que la maladie compliquée d'embarras

it l'opinion que l'on adopte au sujet des *lésions* anatomiques,
tant d'en tenir compte dans le diagnostic de la fièvre puerpé-
des cas rares où il n'existe pas de lésions, ce qui se remarque
la mort survient très-rapidement, il en est qu'il est impos-
er pendant la vie. Tels sont l'inflammation ou la gangrène de
e de l'utérus, les abcès peu volumineux de l'intérieur de cet
nents larges, des trompes, des ovaires, ou dans la profondeur
la phlébite ou la lymphangite internes ; mais il y a d'autres
peut reconnaître l'existence. — Telle est d'abord la *péritonite*,
érer la fièvre puerpérale comme une simple péritonite aggravée
ral. — Telle est la *gangrène*, qui peut se développer dans le
nonce une situation grave, mais qu'on ne songe guère à consta-
, en raison de la sensibilité extrême des parties sexuelles à la
hement. — L'utérus étant volumineux au-dessus du pubis dans

[illegible] par la palpation et la
[illegible] si elle atteint
[illegible] suivant Botrel, des
[illegible] *utérine.*
[illegible] intérieur, des
[illegible] qu'à la fièvre
[illegible] symptômes graves de
[illegible] (*Voy.* P
[illegible] petit nombre de
[illegible] s'accompagne p
[illegible] secondaires, et qu
[illegible] veines utérines co
[illegible] un bon signe de la prés
[illegible]

[illegible] de nos connaissanc
[illegible] de la fièvre puerpérale, on ne s
[illegible] d'énumérer parmi les
[illegible] y avoir de doutes pour
[illegible] pour les *hémor*
[illegible] fièvres graves; pour ce
[illegible] se terminer par une *gan*
[illegible] pareil cas a été signalée pa
[illegible] secondaires, qui démontrent *la*
[illegible] maladie comme un de ses car
[illegible] ne saurait trop insister. Tels s
[illegible] (parfois *ulcéreuse*), la *mén*
[illegible] et les *phlegmons du tissu c*
[illegible] parois abdominales, la fosse iliaque,
[illegible] sur ses gardes à cet égard, et n
[illegible] non plus que celle de l'urine qui peu
[illegible] parfois, sous forme épidém
[illegible] maternités, comme si ces affect
[illegible] d'une même cause. Quant à la
[illegible] sera difficile, car les symptôme
[illegible] cérébraux et nerveux de
[illegible] aussi, comme complications,
[illegible] comme celles qui ont été sign
[illegible]

[illegible] — Le pronostic de cette mala
[illegible] varie suivant une foule de c
[illegible] celle des lésions concomitante
[illegible] des femmes en couches dans le
[illegible] mortels dans lesquels les acc
[illegible] la mort peut même survenir s
[illegible] la mort subite dans l'état puerpéral (*M*
[illegible] des faits nombreux et très
[illegible] de la circulation, les rupt
[illegible] et des gros vaisseaux, l'intr
[illegible] les plus ordinaires. La termi
[illegible] quoique rapide encore, s'annonc
[illegible] de la face, des petits mouveme

ières (Voillemier), un coma de plus en plus profond, une chute croissante forces, l'obtusion extrême ou la disparition des douleurs, la petitesse pro- sée ou l'insensibilité du pouls, le refroidissement des extrémités et la fétidité ème des selles. Les mauvaises conditions hygiéniques et l'encombrement nentent manifestement la mortalité.

ans les cas de guérison dont il a été déjà question précédemment, on voit sister une faiblesse notable plus ou moins longtemps pendant et après la valescence, ainsi que des lésions locales, qui peuvent constituer des affec- s chroniques consécutives dont la guérison n'est pas toujours complète.

ULMONAIRES (Régions). — *Voy.* POITRINE.

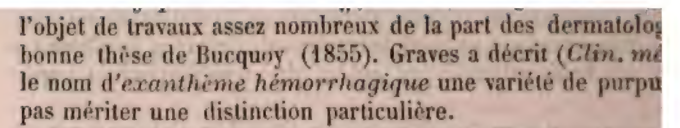
ULSATIONS. — Il a été question des pulsations du cœur ou des vais- x aux mots CŒUR, ANÉVRYSMES, POULS, BATTEMENTS, TUMEURS. Je ne veux ler ici que les pulsations qui se produisent dans des régions insolites où n'en rencontre pas habituellement, et qui méritent une attention parti- re.

s pulsations, qui peuvent être d'un intensité considérable, s'observent assez ent à l'épigastre, sans qu'il y ait de lésion anévrysmale, malgré l'énergie battements épigastriques, chez des sujets nerveux et principalement chez les nes *anémiques* ou atteintes de *gastralgie*. Lorsqu'il existe, en même temps des pulsations épigastriques, une tumeur soulevée par ces battements arté- , on peut commettre fréquemment des erreurs de diagnostic. Souvent alors, nt le docteur Parry, les pulsations sont dues à une accumulation de matiè- écales dans le côlon, qui est soulevé à chaque pulsation de l'aorte : un pur- énergique est un excellent moyen de diagnostic en pareille circonstance, isant disparaître la tumeur et les battements du jour au lendemain. Mais tres tumeurs constituées par le pancréas, un cancer du pylore ou toute induration organique située au voisinage de l'aorte ou d'une de ses bran- principales, peuvent présenter aussi à leur niveau les battements abdomi- : qui simulent encore bien mieux des anévrysmes que des battements sim- ent nerveux. L'ensemble des signes de l'affection permettra seul de lever toutes.

s battements moins limités, isochrones à ceux du cœur, peuvent s'observer iveau de toute la partie antérieure d'un des côtés de la poitrine comme cidence et au niveau d'une *pneumonie*. Graves a rapporté un fait de cette ce (*Dublin journ.*, n° 16, et *Arch. de méd.*, 1834, t. VI, p. 556). L'au- anglais compare ici le poumon (qui n'était qu'engoué) aux tumeurs fon- es ou cérébriformes qui sont le siége de battements comme anévrysmatiques; lmet d'ailleurs que le cœur est violemment excité, de même que dans ains faits dans lesquels les *veines du dos de la main* sont le siége de pul- ns distinctes, comme il l'a vu chez un malade atteint également de pneu- ie. — On rencontre quelquefois aussi des pulsations thoraciques dans ains *empyèmes* dits pulsatiles (*Voy.* p. 847). — Enfin Seidel et Geigel ont e foie hypertrophié et soulevé à chaque systole du cœur, par suite d'une in- sance tricuspide considérable avec distension de la veine cave supérieure y. POULS veineux); il n'y avait pas d'avévrysme artériel.

s pulsations, au lieu d'être localisées, peuvent être *généralement très-exa- ées* au niveau du cœur, des artères du cou, des membres et même de l'épigastre, dans des maladies du cœur, et principalement dans l'*insuffisance aortique*, comme un des signes principaux de la cachexie exophthalmique ou thyroï- ne (*Voy.* BATTEMENTS, ANÉVRYSMES, CŒUR, POULS).

UNAISIE. — *Voy.* OZÈNE.


l'objet de travaux assez nombreux de la part des dermatolo
bonne thèse de Bucquoy (1855). Graves a décrit (*Clin. mé*
le nom d'*exanthème hémorrhagique* une variété de purpu
pas mériter une distinction particulière.

A l'*état aigu*, le purpura se montre au milieu des plus b
la santé, quelquefois d'une manière brusque. Il est précédé
tômes fébriles légers ou d'une véritable fièvre semblable à
fièvres éruptives, puis il se caractérise par des taches parais
bres inférieurs, puis sur les autres parties du corps et mêm
taches, noires, violacées ou pourprées, qui ne dépassent g
l'extrémité du petit doigt, ne changent pas de couleur à la
quelquefois précédées de rougeurs papuleuses, et d'autres f
se soulèvent en bulles ; elles peuvent être mélangées de vér
et leur résolution, qui se fait habituellement en dix ou quin
térise par les mêmes changements de colorations que si elle
lences extérieures. Des hémorrhagies par d'autres voies se
quemment, mais non toujours, ce qui a motivé la distincti
simple ou hémorrhagique, distinction inutile, selon la
Bucquoy, puisque toujours la maladie est essentiellement hé
pouls perd ordinairement sa fréquence après l'apparition de
ment il garde ensuite sa fréquence ou présente des exacerba
parfois avec de nouvelles éruptions ou de nouvelles hémorr

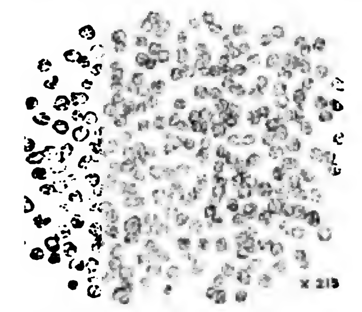
La fièvre au début, les taches, et parfois d'autres hém
caractères distinctifs bien suffisants pour faire reconnaître l
s'accompagne quelquefois de *douleurs très-vives* dans les
membres, d'*œdème* plus ou moins rapide, et enfin de *troubl*
ques. Les douleurs sont dues, dans certains cas, à des épa
dans les muscles ou les articulations. Gignoux (de Lyon) a s
articulaires comme un signe précurseur de l'éruption dans

les capillaires avoisinant les taches affectés de dégénération lardacée oïde). Cette observation unique laisse encore indécise la question de savoir s taches de purpura sont dues à une altération des capillaires, comme ouchard est disposé à le croire.

pronostic du purpura n'est grave par lui-même qu'en raison des hémores qui l'accompagnent, et des conséquences de l'anémie profonde qui peut sulter.

JS. — Le pus, considéré en masse, est un liquide sans analogue dans l'état résultant de l'inflammation, et variant d'aspect suivant les organes qui le issent. Cette vieille définition du pus peut suffire à la rigueur pour l'étude uits cliniques; mais elle n'apprend rien sur la composition intime du pus, r sa formation, ce qu'il faut demander au microscope. Malheureusement ne touchons pas encore à une solution satisfaisante de cette double ques- le composition et d'étiologie.

s premières recherches histologiques, se basant à tort sur cet *à priori* que ie liquide différent de l'économie devait avoir son élément particulier, d'abord admettre des corpuscules propres au pus, comme au mucus, ie au suc cancéreux, etc. Mais bientôt on assimila les prétendus globules is aux leucocytes ou globules blancs du sang, attendu que, de part et e, les caractères microscopiques et ceux fournis par l'analyse chimique it identiques. Cette assimilation est aujourd'hui généralement admise, u'il soit impossible de comprendre que les leucocytes dans l'état physiolo-, ou dans la leucocythémie pathologique, puissent abonder dans le sang et parfaitement tolérés, tandis que la pénétration d'une petite quantité de ans les vaisseaux produit, quoi qu'en dise Virchow, des accidents formi- s (*Voy.* PYÉMIE). Il y a donc autre chose que le globule blanc du sang e pus, comme élément *fondamental*. Quoi qu'il en soit, d'où vient le :yte du pus dans la partie enflammée? Dès 1846, Waller établit, après mentation, que le pus provenait de l'extravasation des globules blancs du ors des capillaires, et non de sa formation dans un blastème inflammatoire. ›w mit en avant, pour expliquer la formation du pus, sa théorie cellulaire, aquelle le pus et les autres produits de l'inflammation n'étaient que la ération de cellules préexistantes dans la partie affectée. Cohnheim admet, e Waller, que les globules blancs du sang, pour former le pus, traversent



ig. 223. — Globules de pus (L. Beale). Grossissement : 215 diamètres.

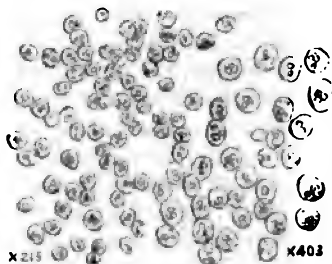


Fig. 224. — Leucocytes traités par l'acide acétique (L. Beale). Grossissement 400 diamètres.

rois des capillaires, dont il aurait vu sortir les leucocytes par des stomates. nouvements amiboïdes de ces corpuscules, en leur permettant de s'al- r, de s'étirer en expansions sarcodiques, faciliteraient leur pénétration

Fig. 225. — Corpuscules de pus altérés.

Fig. 226. — Les mêmes traités par l'acide acétique.

Fig. 227. — Formation des globules de pus.

que Beale croyait provenir de la prolifération de tous les tissus
semblance complète des globules du pus, *fig.* 223, et des leu



Fig. 229. — Pus commençant à subir la régression gr
graisseuse). — *a*, métamorphose commençante. *b*, cellu
contenant des globules graisseux. *c*, globules gram
matoires). *d*, décomposition du globule. *e*, émulsio
Grossissement : 350 diamètres (Virchow, *Pathologie*

La figure 229, empruntée à Virchow (*Pathologie cellulaire*)
lules pyoïdes qui, dans la théorie, subissent sa régression
graisseuse.

Je ne rappellerai pas toute les conditions dans lesquelles on
Sa formation ou sa présence au sein des organes fait partie
ABCÈS, de toutes les *maladies inflammatoires* qui se termi
ration, et de celles qui se compliquent d'infection purulente d
comme certaines PHLÉBITES et la fièvre PUERPÉRALE. Sa con
produits excrétés éclaire souvent le diagnostic, surtout s'il es
éléments organiques qui en révèlent l'origine anatomique. La
en certaine quantité dans l'urine est le principal signe de la p
CRACHATS, p. 252, et URINES).

PUSTULES, PUSTULEUSES (Maladies). — Les pus
des petites saillies cutanées à base rouge et enflammées et à s

Les Willanistes ont considéré comme formant la classe des
leuses de la peau, l'ACNÉ, l'ECTHYMA, l'IMPÉTIGO, les pustules
du PORRIGO. Mais il existe des pustules comme signes de plusi
tions. Elles sont la particularité principale de l'éruption *vario*

:lle participe ordinairement aussi le rein lui-même (*pyélo-néphrite*). C'est naladie complexe comme la plupart de celles des organes urinaires.

Éléments du diagnostic. — Les symptômes qui permettent de recon-e l'existence de la pyélite ou pyélo-néphrite pendant la vie, sont une *dou-médiocre* vers la région rénale, et la présence de *mucus* et de *pus* dans ie. A ces signes se joignent ordinairement, soit comme antécédents, soit ne signes actuels, ceux qui dénotent la présence de *calculs* dans les voies rieures de l'urine, et parfois quelques symptômes généraux fébriles lorsque lite est aiguë.

nductions diagnostiques. — La présence simultanée du mucus et du ns le liquide urinaire est le signe le plus important de la pyélite. Le s, par le refroidissement, apparaît dans l'urine sous la forme de petits ns comme cotonneux, qui se déposent plus tard au fond du vase; l'urine lente, blanchâtre et trouble, laisse déposer, par le repos, un sédiment lent d'un blanc de lait ou d'un blanc légèrement verdâtre, principalement osé de pus et de sels précipités de l'urine (*Voy.* URINES).

n'est donc pas difficile de constater la présence du pus dans le liquide ire. Mais ce qu'il importe en même temps, c'est d'attribuer à l'inflamma-lu bassinet ou à la pyélite le pus ou le muco-pus contenu dans l'urine, et distinguer de celui que peuvent fournir les autres points des voies uri-s. S'il existe au niveau du rein des douleurs qui indiquent que là est le de l'affection, si l'on ne constate pas d'affection vésicale ou urétrale, ou l'existence d'un abcès voisin des voies urinaires et qui ait pu s'ouvrir dans avités, on devra assigner au rein, ou du moins aux calices ou au bassinet ı partent, l'origine du pus. Mais il s'en faut qu'il soit toujours facile de rer des conditions que je viens de rappeler, et qui manquent quelquefois. ıt se faire d'ailleurs que la seule présence du pus dans l'urine excite la , multiplie les envies d'uriner et les rende douloureuses, ce qui, en l'ab-de signes du côté des reins, pourrait faire croire à une simple cystite. déterminer l'origine anatomique du pus, on a bien prétendu que le pus t des reins s'écoulait *après* l'urine, et que celui fourni par la vessie était ıgé à une urine glaireuse et visqueuse. Mais Rayer conclut des faits qu'il a vés en grand nombre : 1° que le pus est rendu mélangé à l'urine et en grande abondance à la fin de son émission, qu'il provienne de la vessie, de ère ou du bassinet; 2° que le pus vésical n'est pas constamment dans une visqueuse, et que cette viscosité peut être donnée au pus rénal lui-même n certain degré d'alcalinité de l'urine.

donc on n'avait pour formuler le diagnostic que le fait de la présence du ans l'urine, les difficultés seraient grandes; heureusement on peut le plus airement se baser sur d'autres données.

pyélite, en effet, n'est jamais simple; c'est une maladie essentiellement daire, et l'on trouve dans les signes fournis par les lésions qui en sont ine des données complémentaires de diagnostic de la plus grande valeur. ignes sont presque toujours dus à la présence d'un calcul arrêté vers l'ori-de l'uretère. Des *coliques néphrétiques* comme antécédents, ainsi que la *tion* de l'urine et du pus dans le rein, rétention pouvant produire une ur fluctuante énorme, puisqu'elle peut s'étendre du foie au bassin et dis-e visiblement l'abdomen en le déformant (*Voy.* RÉTENTIONS), peuvent avoir 'abord constatées, ce qui donne ensuite à l'apparition habituelle du muco-ians l'urine, lorsque l'obstacle n'est plus aussi complet, sa vraie significa-



L'évolution des symptômes est caractéristique dans les cas d
l'est moins dans les autres conditions. La marche chronique d
très-longue, et sujette à des exacerbations dues aux déplaceme
éprouver les calculs; elle devient alors momentanément aiguë.

Quant au diagnostic différentiel de la pyélite avec d'autres af
que la PÉRINÉPHRITE qui puisse être comparée à la pyélite aig
son siége. De part et d'autre, il peut y avoir tumeur sensible
mais la périnéphrite ne donne pas lieu à l'écoulement du p
moins qu'il n'y ait une rupture violente du foyer dans les voies

Le *siége* précis de la lésion, ou plutôt de l'inflammation,
plutôt que dans le rein ou l'uretère, ne saurait être déterminé
— Il en est de même du siége de la *gangrène*, qui peut accom
compliquer la pyélo-néphrite produite par la fièvre puerpérale
tion charbonneuse, et qui s'annonce par l'odeur gangréneu
dépression subite des forces, la petitesse du pouls, et des sueu
qu'il survient une obstruction de l'uretère dans le cours de la
néphrose (*Voy.* RÉTENTIONS) peut venir compliquer la pyélite.
la pyélo-néphrite due à des calculs détermine la formation d'u
pulmonaire, comme l'a observé S. Gordon (*Dublin quart. Jou*
1866). Il y eut, dans ce cas, fièvre hectique, anasarque, toux,
la base du poumon droit; ce qui était dû à la propagation d
s'étendant, derrière le foie, jusqu'à la base du poumon, comm
topsie.

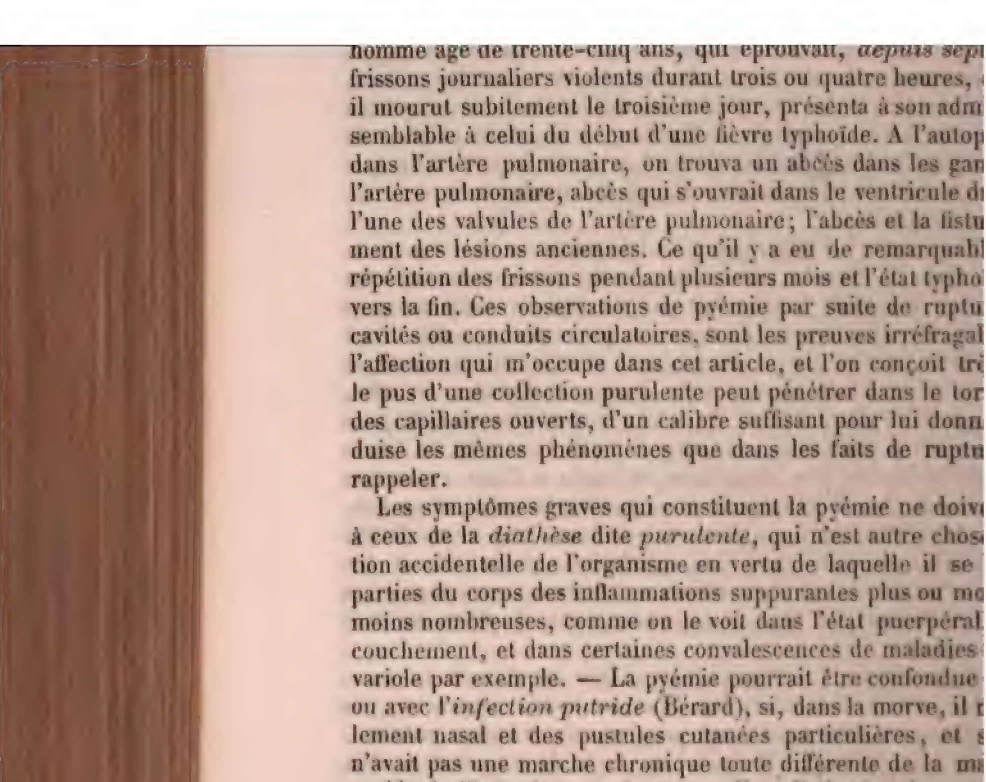
3° *Pronostic.* — Le pronostic de la pyélite varie suivant u
constances. Elle est moins grave si elle est simple, aiguë; si e
maladie locale sans corps étrangers; si, lorsqu'il existe des cal
volumineux et peuvent être expulsés au dehors par les voies u
lite est plus grave si elle est compliquée; si, étant aiguë, el
maladie générale; si les calculs qui provoquent le plus souvent
pent les bassinets et y séjournent longtemps, occasionnent la d

entre ces symptômes, ces lésions, et ceux qui résultent de la pénétration lentelle du pus dans le sang, soit par voie expérimentale, soit par rupture oyers purulents dans les vaisseaux, qu'il me paraît oiseux de discuter l'opi- de ceux qui nient la pyémie comme maladie. Quelle que soit leur autorité atifique, la subtilité de leurs raisonnements, basés sur des constatations logiques mal interprétées, ne peut tenir en présence des faits cliniques et rimentaux. Qu'importe, par exemple, que Virchow se fonde sur l'impossi- é de l'absorption des parties solides du pus par les voies physiologiques, s'il t dans la pyémie de l'absorption par des vaisseaux *accidentellement ou-s*, et qui, quoique peu volumineux, le sont suffisamment pour se laisser trer par tous les éléments pyoïdes? Qu'importe encore que l'on ait pris du pus des amas de leucocytes dans le sang, et que les caractères physi- et chimiques des corpuscules du pus et des leucocytes soient les mêmes, a une différence certaine entre l'innocuité immédiate de la leucocythose iologique, comme de la leucocythémie de Virchow, et la gravité extrême de nétration du pus dans le sang? Rejeter l'existence de la pyémie telle que nique la démontre est donc impossible, malgré les quelques erreurs de l que l'histologie a signalées.

Éléments du diagnostic. — Quels que soient le mode ou l'origine de la tration du pus dans le torrent circulatoire, cette *résorption* ou cette ction *purulente* se manifeste subitement par un *frisson* ordinairement nt, avec tremblements, claquements de dents, et qui revient ensuite d'une t irrégulière, suivi ou non de *sueurs* abondantes, et affectant rarement la e nette des accès d'une fièvre intermittente. Entre les frissons, en effet, du malade s'aggrave de plus en plus; il y a un grand *abattement*, la *face* ale et altérée, la *peau* a une *teinte jaunâtre*, il y a de l'*anxiété*, de l'*agi-n*, du *délire*, et l'ensemble des symptômes attribués à l'état TYPHOÏDE; , de plus, il se produit des *abcès* dans diverses parties du corps, et en par- ier *dans les articulations*, où il y a alors des douleurs très-vives. Enfin, certains cas, il peut survenir aussi une *ophthalmie purulente* et des es *fétides*. — L'évolution de ces phénomènes est ordinairement rapide, et que toujours suivie de mort, au bout de quelques jours, de deux ou trois naires, rarement plus.

Inductions diagnostiques. — L'apparition subite de violents frissons, nant irrégulièrement et à des intervalles plus ou moins rapprochés, en rs de l'invasion d'une maladie aiguë grave, ou d'une intoxication palustre, faire soupçonner une pyémie, s'il existe un foyer de suppuration déjà nnu, ou bien si, l'abcès ou la collection purulente étant latents, on voit, en e temps que les frissons se répètent, se dérouler l'ensemble des phéno- es attribués à l'état typhoïde, et surtout si l'on voit apparaître des abcès -cutanés dits métastatiques.

. recherche de la cause des phénomènes observés viendra souvent en aide iagnostic. Les *plaies suppurantes*, traumatiques ou chirurgicales, l'inflam- on de l'utérus à la suite de l'*accouchement*, sont les causes les plus naires de la pyémie; et c'est dans les faits de ce genre que l'on a surtout qué la *phlébite* comme origine du pus résorbé. Dans les derniers temps, ud, Laugier et Scholz ont considéré certains furoncles comme l'origine de ies mortelles (*Voy.* FURONCLES). On peut dire que tout *abcès* non circon- par une induration des tissus voisins enflammés, ou par une membrane ou adhérences protectrices, est une source ouverte à l'absorption morbide du Il en est de même, selon nous, des organes très-vasculaires qui sont intil-


homme âgé de trente-cinq ans, qui éprouvait, *depuis sep*
frissons journaliers violents durant trois ou quatre heures,
il mourut subitement le troisième jour, présenta à son adm
semblable à celui du début d'une fièvre typhoïde. A l'autop
dans l'artère pulmonaire, on trouva un abcès dans les gan
l'artère pulmonaire, abcès qui s'ouvrait dans le ventricule d
l'une des valvules de l'artère pulmonaire; l'abcès et la fistu
ment des lésions anciennes. Ce qu'il y a eu de remarquabl
répétition des frissons pendant plusieurs mois et l'état typho
vers la fin. Ces observations de pyémie par suite de ruptu
cavités ou conduits circulatoires, sont les preuves irréfraga
l'affection qui m'occupe dans cet article, et l'on conçoit tr
le pus d'une collection purulente peut pénétrer dans le tor
des capillaires ouverts, d'un calibre suffisant pour lui donn
duise les mêmes phénomènes que dans les faits de ruptu
rappeler.

Les symptômes graves qui constituent la pyémie ne doiv
à ceux de la *diathèse* dite *purulente*, qui n'est autre chos
tion accidentelle de l'organisme en vertu de laquelle il se
parties du corps des inflammations suppurantes plus ou mo
moins nombreuses, comme on le voit dans l'état puerpéral
couchement, et dans certaines convalescences de maladies
variole par exemple. — La pyémie pourrait être confondue
ou avec l'*infection putride* (Bérard), si, dans la morve, il
lement nasal et des pustules cutanées particulières, et
n'avait pas une marche chronique toute différente de la m
rapide de l'infection purulente. — Une distinction import
pyémie et de la *fièvre intermittente*. La répétition irréguli
la pyémie ne ressemble nullement, il est vrai, à l'intermitte

lieu d'abord *pendant plusieurs jours* avec rémission relative constante le matin, ce qui donne au tracé graphique une ascension en dents de scie, puis la température se maintient à 40, 41° environ pendant toute la période d'état, tandis que dans la pyémie il y a dans le tracé des irrégularités caractéristiques, des ascensions brusques irrégulières, au moment des frissons. Il est bien entendu qu'en dehors des données fournies par le thermomètre, il faudra tenir compte des autres signes. — Une autre question de diagnostic qui n'est pas décidée est celle de la formation des *infarctus* emboliques comparée à la résorption purulente. Cette question se pose d'elle-même dans la maladie désignée sous le nom d'endocardite ulcéreuse, dans laquelle existent, vers la fin de son évolution, les signes apparents de la pyémie la mieux caractérisée. Existe-t-il ici une véritable résorption purulente due à l'ulcération suppurative des valvules cardiaques, ou bien se forme-t-il des infarctus par suite de la destruction ulcérative de ces valvules sans suppuration? C'est une question à discuter. Virchow (*Pathologie cellulaire*) nie formellement qu'il y ait en pareils cas ulcération inflammatoire. Il admet qu'il y a tuméfaction de l'endocarde, ramollissement et dissociation du tissu en détritus finement grenus sous le microscope, résistant aux acides minéraux et aux solutions alcalines qui détruisent au contraire les produits inflammatoires. Il y a de nombreux éléments graisseux au milieu de ces détritus, que l'on retrouve au centre des infarctus fibrineux qui se forment. Cette manière de voir a été adoptée, mais non sans une certaine hésitation, par beaucoup d'observateurs, et entre autres par Vulpian et Charcot (*Gaz. méd.*, 1862), Lancereaux (*ibid.*), Vast (*Thèse*, 1864). Il est certain que si l'on a réellement trouvé les détritus des valvules au centre des infarctus (Virchow, Beckman), dans d'autres cas, tout en admettant des infarctus, on reconnaît qu'ils présentent beaucoup d'analogies avec les abcès métastatiques de l'infection purulente. Il en est où il existe une destruction des valvules sigmoïdes de l'aorte et une véritable ulcération sur la valvule mitrale, avec bourgeonnement charnu évidemment inflammatoire (Fritz, *Thèse* Vast). Bamberger et Hardy n'ont pas admis comme démontrée l'évolution de l'endocardite ulcéreuse de Virchow. Dupuy se demande pourquoi Virchow a complétement écarté la question de la présence du pus, qui est réelle dans certains faits. Je dois ajouter que, si l'on ne constate pas le pus au niveau des valvules altérées, comme on s'en étonne, cela tient à la raison que j'en ai déjà donnée (p. 850), raison que je suis étonné de n'avoir pas vu mettre en avant pour démontrer comment du pus ne peut se montrer sur les ulcérations des valvules, et la possibilité de l'infection purulente. Les valvules sont, en effet, incessamment et fortement balayées par le sang en circulation, qui les baigne, ce qui ne permet pas au pus d'y séjourner, lorsqu'il s'en forme au niveau de l'ulcération; et, de plus, ce pus ne peut être chassé dans les organes que par de si minimes quantités à la fois, qu'on ne l'y trouve pas facilement. En définitive, la question de l'endocardite ulcéreuse n'est pas résolue complétement au point de vue de la résorption purulente dans ses rapports avec la production des infarctus, mais la pyémie existe certainement, au moins dans un certain nombre de cas.

Les *formes* de la pyémie varient surtout suivant son origine, en raison des conditions pathologiques préexistantes au milieu desquelles elle apparaît. — Quant aux *complications*, on ne saurait considérer comme telles les abcès dits métastatiques des viscères qui ne sont qu'un des éléments avancés de l'affection, à moins que ces abcès eux-mêmes ne se compliquent d'une inflammation secondaire de l'organe où ils siégent, comme je l'ai vu pour le poumon.

Pronostic. — Quoique la pyémie soit le plus souvent mortelle, on a con-



vertébrale, par suite de l'affaissement antérieur du corps d
vertèbres, soit du développement d'une tumeur dans le ca
pénétration dans sa cavité du contenu de tumeurs voisin
parois de ce conduit, comme certains anévrysmes de l'aort

Les *signes* que l'on constate au niveau du rachis peuvent d
dont il vient d'être question, de celles de la moelle, des m
ou des organes voisins de la colonne vertébrale. Outre les v
ou les déviations, il peut exister des *douleurs* spontanées
pression au niveau de l'épine, soit des apophyses épineu
intermédiaires (affections de la moelle, rhumatisme), soit d
tébraux, sur les côtés et au niveau des intervalles des sailli
névralgiques). La douleur peut exister surtout pendant les
à une affection *rhumatismale*. Baudot prétend avoir cor
affections des organes respiratoires, et notamment la phthisie
contusive et augmentant par la pression, au niveau des apo
et cinquième vertèbres dorsales. Les muscles des gouttière
être *convulsés* (ce qui donne lieu à l'opisthotonos et au
bien *paralysés* ou *atrophiés*, ce qui fait infléchir le tronc
côté sain, si la paralysie est unilatérale. Outre ces signes,
conformation, des douleurs spontanées ou provoquées par l
mouvements, par les attitudes, il y a encore les *abcès par*
montrent dans des parties le plus souvent éloignées de l
(*Voy.* ABCÈS).

RACHITISME. — Le rachitisme est une maladie de
correspond l'OSTÉOMALACIE chez l'adulte. Il a été l'objet d
d'une grande valeur, dus à Rufz, J. Guérin, Trousseau
Bouvier, etc.

1° *Éléments du diagnostic.* — Rarement la maladie
l'âge de deux ans. — A la première période, dite d'*inc*

:s une durée variable de ces symptômes, ou comme premiers signes de la ıdie chez les très-jeunes enfants, on voit survenir des *déformations* ›nde période de J. Guérin) : d'abord *gonflements* plus ou moins prononcés têtes osseuses des articulations des membres, épaississement des os du e, déformations variées de la colonne vertébrale et de la cage thoracique, *:bilité* des diaphyses des os longs, et *courbures* permanentes caractéris- :s ; parfois *fractures*. — Après plusieurs mois, plusieurs années de durée es phénomènes, d'où résultent les difformités du squelette les plus variées : osités plus ou moins irrégulières, affaissement de la taille, volume exagéré râne contrastant avec la gracilité des membres, etc., les os reprennent de nsistance, plus de consistance même, en certains points, que dans l'état ıal. De là résulte ce fait important que les individus peuvent se tenir es sur leurs jambes, se servir en un mot de leurs membres sans augmenter s difformités, mais en les conservant le plus souvent, sauf dans les cas où il ste que des gonflements osseux.

pendant il peut arriver que les lésions osseuses fassent des progrès inces- s, et que, la maladie se prolongeant, il en résulte un état que J. Guérin a it le premier sous le nom de *consomption rachitique*. Cet état se manifeste leux symptômes permanents et assez tranchés, sans fièvre ni altération sen- d'aucune des fonctions principales, à savoir : une *constitution graisseuse*, :, traduite à l'extérieur par un teint pâle et plombé, et une *grande fragi- les os*, fragilité telle qu'il suffit de comprimer certains os entre les doigts en rompre la table externe, qui ne conserve plus que l'épaisseur et la con- nce d'une coque. Alors l'asphyxie peut entraîner la mort.

Inductions diagnostiques. — Le diagnostic du rachitisme présente des ultés réelles pour le médecin dans la période d'incubation, où les phéno- :s généraux présentent une certaine analogie avec ceux de plusieurs autres tions. Cependant l'aversion extrême pour tout mouvement brusque, et une sensibilité de toutes les parties du corps, qui fait jeter des cris aux petits des, à chaque mouvement qu'on les force à exécuter, sont des phénomènes loivent faire soupçonner le développement du rachitisme. Si l'on y ajoute la :nce dans les urines d'une notable quantité de phosphate de chaux /. URINES), la réunion de ces trois symptômes établit une forte présomption veur de l'existence du rachitisme commençant (Beylard). Quant aux fractures oduisant au moindre mouvement dans certains cas, on pourrait les croire utiles au diagnostic, mais elles passent souvent inaperçues, l'intégrité du ste pouvant maintenir les fragments affrontés, et la mollesse des os empê- t leur crépitation. C'est ici le lieu de rappeler que Trousseau attache une de importance à l'arrêt de l'évolution dentaire comme manifestation du itisme ; pour lui, un enfant d'un an qui souffre des dents et chez qui elles paraissent pas, est sous le coup de la maladie. Il a vu des rachitiques de ans qui avaient déjà perdu leurs premières dents lorsque la troisième ou la rième apparaissait. L'impotence rachitique peut ressembler à une *para- : des membres abdominaux*, comme le fait observer Castagné dans sa thèse 9), mais l'enfant paralysé ne peut remuer ses jambes, quelque position n lui donne, tandis que le jeune rachitique les remue étant couché, quoique ıouvement lui cause de vives douleurs.

ı connaissance de certaines causes dont l'influence est bien constatée ne pas sans utilité pour le diagnostic dans certains cas. Ces causes sont sur- les *mauvaises conditions hygiéniques*, une *habitation froide et humide*, *:isère*, une *alimentation insuffisante* ou mal appropriée à l'âge des petits


articulaires, la flexibilité des os et les douleurs générales, [
tête des rachitiques prend quelquefois une exagération de v
sement des os du crâne, qui porte surtout sur les bosses fr
en même temps que les fontanelles restent ouvertes ; en
Barthez et Rilliet, on pourrait croire chez l'enfant à une *h*
vant ces excellents observateurs, la vivacité de l'intellige
rachitisme dans d'autres parties du corps, le développemen
crâne, à la surface duquel le doigt sent le bord de l'épaississ
souffle perçu au niveau de la fontanelle antérieure dans le
souffle qu'ils n'ont jamais trouvé dans l'hydrocéphalie, cont
dit Fischer, de Boston : tels sont les signes qui ne permett
une hydrocéphalie. Trousseau a signalé la petitesse de la
paraître le volume de la tête plus considérable (*Clin. méd.*,

Quant au diagnostic des déformations rachitiques que pr
comme conséquence de la maladie qui les a atteints dans l'e
à première vue s'il s'agit de ces difformités prononcées que
heureux adultes atteints pour la plupart de gibbosité. Les di
de l'enfance; mais il peut arriver qu'elles soient récentes et
des signes de l'ostéomalacie, considérée par quelques
Beylard, etc.) comme le rachitisme des adultes.

Quoi qu'il en soit, la distinction en est facile par l'époq
a cependant des faits nombreux dans lesquels des déform
noncées, assez peu accusées même dans certains cas pour
par un examen attentif, et dont l'origine rachitique est au
C'est ainsi que certaines déviations de la colonne vertébr
ou dépressions partielles de la poitrine, que j'ai décrites s
rpoumies (*Voy.* Inspection), ne me paraissent pas le plu
rattachées au rachitisme, et il en est probablement ainsi po
déformations légères. Suivant J. Guérin, toute difformité i

ent exagéré les effets fâcheux des difformités en question; il est clair seule-t que les affections accidentelles des organes thoraciques, la pneumonie, bronchites, les maladies du cœur, etc., ont d'autant plus de gravité que les rmations de la poitrine sont plus prononcées, et que l'asphyxie est d'autant imminente que les lésions constituant la *consomption rachitique* sont plus ncées.

st-il vrai que l'on ne rencontre jamais réunis les scrofules ou les tubercules le rachitisme? En un mot, l'*antagonisme* que l'on a voulu signaler comme loi pathologique existe-t-il réellement entre ces maladies? On doit répondre la négative. Cette manière de voir, en effet, ne repose pas sur une étude sante des faits; et ce qui le prouve, c'est que le même auteur qui a fait de la plus complète du rachitisme et de l'ostéomalacie, et qui admet d'a-l l'antagonisme du rachitis et de la scrofule, dit ensuite que l'on a observé cas nombreux dans lesquels une cachexie scrofuleuse chez des parents a blé transmettre aux enfants l'affection rachitique (Beylard). Quant aux tuber-s, il n'est pas mieux démontré qu'on ne les observe pas avec le rachitisme, qu'un médecin qui s'est occupé des maladies de l'enfance, Hervieux, a con-ré les tubercules comme cause du rachitisme. Si j'insiste sur ces prétendus gonismes, c'est qu'il y a un danger réel pour le praticien à les accepter sans rôle (*Voy.* ANTAGONISME).

Pronostic. — Le rachitisme est une maladie grave si elle a une marche de, si les déformations sont considérables, et si les causes qui la produisent inuent à agir. A mesure que les enfants avancent en âge, la marche plus e de la maladie, l'arrêt des déformations, surtout lorsqu'elles restent bor-s au gonflement des apophyses et à une légère déformation du thorax, et ignement des causes de la maladie, sont les conditions les plus favorables à uérison.

ADEZYGE. — Cette affection cutanée, observée en Norwége, longtemps mal ue, et rapprochée de certaines variétés de lèpre, de l'éléphantiasis des Arabes, eczémas chroniques, etc., a été l'objet d'un travail important de W. Boeck, Christiania, dans lequel il démontre que la radezyge n'est qu'une manifesta-tertiaire de la syphilis (*Traité de la radezyge*, 1860). Les lésions observées sistent en *affections ulcéreuses* de la peau, du pharynx, du palais et de la son des fosses nasales. L'auteur signale comme étant également de nature ilitique les affections en apparence diverses qu'on a désignées dans différents s sous les noms de *maladie de la Ditmarsie*, *Marsksygdom*, *syphiloïde andaise*, *sibbens écossais*, *syphiloïde esthonienne, scherlievo.*

AGE. — Cette maladie est communiquée par l'inoculation d'un virus de la e de certains animaux. Elle est désignée improprement sous la dénomina-n d'*hydrophobie*, qui n'est qu'un symptôme fréquent, mais non constant de fection. Beaucoup d'erreurs ont eu cours à propos de la rage, jusqu'à ce que lliet ait publié sa monographie (1820), dans laquelle il a parfaitement décrit symptômes de la maladie. Des observations nombreuses, deux excellents rap-ts de Tardieu au Conseil d'hygiène (*Annales d'hygiène*, 1854, t. I; 1860, III), et un Mémoire de Féréol (*Recueil de la Soc. méd. d'observ.*, t. II) ont lement été publiés.

° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes de la rage varient à la période dromique et lorsque la maladie est confirmée. — On a beaucoup exagéré la quence des signes locaux qui peuvent survenir au niveau de la partie mordue, que la tuméfaction et le renversement des bords de la plaie, l'aspect blafard a rupture de la cicatrice, etc. D'autres prodromes, que je rappellerai plus

étincelants, rouges, douloureux; l'ouïe est très-fine, il y a des m
toucher est plus délicat; il y a exaltation intellectuelle et des s
effroi extrême ou fureur, alternant parfois avec des témoignage
sance pour les soins reçus. A l'horreur des liquides et à la vive
dans la poitrine se joignent une anorexie complète, une soif exc
est écumeuse, il y a un crachotement ou une sputation fréquen
l'envie de mordre est rare. La voix est rauque, entrecoupée, in
a parfois du priapisme chez l'homme, de la nymphomanie che
pouls, d'abord fort, régulier, et un peu fréquent, devient ensu
irrégulier, en même temps que l'oppression devient extrême
succombe ordinairement par asphyxie, du troisième au cinquièn

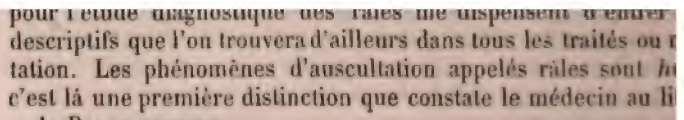
2° *Inductions diagnostiques.* — A la période prodromiqu
facilement être méconnue; on peut même affirmer qu'elle l'est
ment, si aucun antécédent ne vient mettre sur la voie. Il n'
aujourd'hui de considérer les vésicules sublinguales ou *lysses* co
pathognomonique du début; aucun observateur n'a, en effet,
réalité. C'est seulement lorsque la morsure d'un chien fait rec
de la maladie, que l'on peut considérer la rage comme immine
state les prodromes suivants : de la céphalalgie, des vives do
autres parties du corps, de l'inquiétude, une tristesse profond
ment alternant avec de l'agitation, des nausées, des vomissemen
des vertiges suivis de syncope. Mais dans tous les cas, ce n'
l'affection est confirmée, c'est-à-dire quand les accès convulsifs
se déclarent, que le diagnostic ne laisse aucun doute.

La particularité pathognomonique de ces accès est la convulsi
si improprement rapportée d'une manière exclusive à l'horreu
qu'elle est produite encore par une foule de circonstances étrangè
lumière trop vive, la vue d'un objet éclatant ou inusité, un bruit,
peu ménagé, un mouvement un peu vif dans le voisinage du m

lesquels il se manifeste souvent des mouvements de tendresse expansive ıltée, la marche progressive et rapide des accidents, ne peuvent, en effet, ıcontrer dans aucune autre affection.

plus forte raison admettra-t-on l'existence de la rage si, à une époque ieure, la morsure d'un animal enragé (chien, chat, loup, renard) a pu être ie, et si la cicatrice ou la plaie en est visible au moment de l'exploration. recherche de la cicatrice est, on le conçoit, d'une extrême importance dès 'on soupçonne la rage. On n'oubliera pas d'ailleurs que l'incubation, qui n général de trente à quarante jours, peut durer bien plus longtemps: 'e mois (Constantin, *Union. méd.*, 1856), cinq mois (Barth, *Mémoire* ol), cinq mois et demi (Bergeron), et même neuf mois (Fraigniaud, *m méd.*, 1856). Quoi qu'il en soit, lorsqu'un individu a été mordu par un al enragé, on ne saurait préciser l'époque ultérieure à laquelle la rage plus à redouter. Il peut arriver d'ailleurs que la morsure, quoique mani-ment infectée par le virus, ne soit suivie d'aucun accident rabique, car sur ertain nombre de sujets mordus, tous ne sont pas infailliblement victimes. utre point important de l'étiologie de la rage, c'est qu'il est quelquefois ssible de pouvoir constater le fait de l'inoculation, qui échappe au malade nême et à son entourage, comme cela est arrivé pour les deux malades dont let et Féréol (*Mém. cité*) ont rapporté l'histoire. Ce dernier observateur fait ırquer avec raison que c'est sans doute à propos de faits analogues que l'on èrement admis des incubations de trois, dix et même trente ans. Il est bien i que le virus ne perd pas sa propriété contagieuse par sa transmission essive, comme on l'avait pensé.

rage est presque inconnue dans certains pays. A Constantinople, par ıple, elle est extrêmement rare, à ce point que Fauvel n'en a pas connu un cas pendant plusieurs années, quoique les chiens y soient nombreux et ıts. On a attribué cette immunité à la liberté de leurs mouvements et des rochements sexuels (Le Cœur); mais la question paraît être plus complexe. pensé aussi que les chaleurs favorisaient le développement de la rage; ımme il est aussi fréquent de la voir au printemps, on a accusé l'humi-d'être une cause puissante. En définitive, l'étiologie est très-obscure en rs de la contagion par morsure ; et encore est-il inexplicable que la rage se loppe par suite de la morsure d'un chien en fureur et jusque-là bien portant. ı ne saurait confondre l'hydrophobie rabique ou la rage qu'avec la névrose mmée *hydrophobie non rabique*. Mais il faut avouer que la confusion des affections est bien facile, et que la seule constatation des phénomènes ıtomatiques, *qui peuvent être les mêmes de part et d'autre*, est bien pour induire en erreur. Il n'y a, en effet, pour la rage, que l'inoculation rieure du virus bien établie, et pour l'hydrophobie non rabique, la certitude la terreur de la rage est l'unique cause de la maladie, qui puissent per-re de se prononcer pour l'une ou l'autre affection. Cependant l'hydrophobie rabique a paru dépendre quelquefois de la présence d'entozoaires dans stin. Je dois ajouter que les symptômes de cette névrose sont parfois très-és de nombre et très-atténués, particularités qui ne se rencontrent pas la rage. Ces symptômes peuvent, en effet, ne consister qu'en un spasme yngien revenant par accès, avec sentiment de terreur, décomposition des s et malaise général, comme je l'ai constaté chez un homme qui avait donné soins à un chien qui mourut enragé, sans qu'il en fût mordu, et qui était des accidents nerveux que je viens de rappeler chaque fois qu'un chien ait après lui.


pour l'étude diagnostique des râles me dispensent d'entrer
descriptifs que l'on trouvera d'ailleurs dans tous les traités ou r
tation. Les phénomènes d'auscultation appelés râles sont *h*
c'est là une première distinction que constate le médecin au li

A. Rales humides.

De ce qu'il existe des nuances infinies qui s'enchaînent dep
des agonisants, entendu même à distance, jusqu'au râle à cr
la plus fine, on ne saurait rejeter les distinctions scolastiq
établies, suivant le volume des bulles dont la rupture détermin
et qui sont : le gargouillement ou râle caverneux, le râle sous-
crépitant. Ces distinctions sont indispensables pour s'entendre
quoiqu'il puisse exister des nuances intermédiaires parfois dif

Aux mots Amphoriques, Caverneux (Phénomènes), et C
j'ai rappelé les conditions dans lesquelles se produisaient le
caverneux ou amphoriques, que l'on ne saurait isoler des au
complémentaires que ces conditions déterminent.

Les râles *sous-crépitants* ou *muqueux*, qui sont extrêm
sont plus ou moins bien accentués. Quand ils sont faiblement e
ficiels, ils ont une certaine ressemblance avec le bruit de fr
ou avec la respiration que j'ai appelée granuleuse. Ces râles,
une signification très-différente suivant leur siége et leur éten
base des deux poumons en arrière, ils doivent être le plus
rés comme le signe le plus important de la bronchite profonde
seul côté, ils peuvent faire soupçonner une pneumomie ano
sence d'expectoration caractéristique et s'il s'agit d'une maladi
cidents sont chroniques, cette limitation du râle peut dépendr
localisée des bronches. — Aux sommets des poumons ou d'un
râle sous-crépitant doit y faire soupçonner la présence des tu
naires, et il en est de même si, le râle étant plus généralisé,

ıant au *râle crépitant*, il est caractérisé tantôt par une succession de bulles ıs humides que celles du râle sous-crépitant, et constituant de véritables uements inégaux et plus ou moins confluents, et tantôt par une succession de itations très-fines, uniformes et confluentes. La première variété se rencontre ·seulement dans la pneumonie, mais encore au niveau de *tubercules ra-lis*, d'un point *hémoptoïque*, au niveau duquel les craquements sont dus au age de l'air à travers le sang qui obstrue les dernières ramifications des voies ennes. Le râle crépitant de la seconde variété, celui à bulles très-fines et très-luentes, faisant en quelque sorte explosion sous l'oreille de l'observateur, au ient de la toux, se distingue par sa persistance, d'un bruit analogue mais pas-r, que l'on rencontre en arrière des poumons chez des malades qui sont restés hés sur le dos pendant un certain temps, et qui est dû au déplissement des tières cavités aériennes. La seconde variété de râle crépitant est habituelle-t un des meilleurs signes de la pneumonie. On doit rattacher aussi ce râle à simple congestion pulmonaire. Il est alors passager et disparaît rapidement.

- RALES SECS OU SONORES.

ette dénomination vicieuse, mais généralement acceptée, comprend les râles *ants* ou *ronflants*, que l'on attribue à la bronchite, mais qui sont plus sou- un indice de *congestion pulmonaire*. On les observe encore dans les cas aphysème ou de tubercules. Ces prétendus râles seraient beaucoup mieux mmés *respiration sifflante* ou *ronflante*.

AMOLLISSEMENT. — Le ramollissement des organes constitue une lé- anatomique qui ne manifeste pas toujours son existence pendant la vie par symptômes particuliers. Ce n'est qu'au niveau des centres nerveux et de l'or- central de la circulation que l'on peut considérer le ramollissement comme affection susceptible d'être diagnostiquée. Et encore le ramollissement du r observé, dans la plupart des cas, dans la convalescence ou la terminaison maladies graves, n'a-t il comme caractères séméiologiques que la faiblesse contractions de l'organe, la petitesse et la fréquence du pouls, l'anxiété et le ur fréquent de syncopes, signes bien insuffisants pour se prononcer avec un ain degré de certitude, car on les a notés avec l'atrophie ou plusieurs autres tions du cœur. Il n'en est pas de même heureusement pour le ramollisse-t du cerveau, dont il va être plus amplement question, ni pour celui de la lle, qui constitue la MYÉLITE.

amollissement du cerveau.

our bien comprendre la question diagnostique du ramollissement cérébral, t indispensable qu'on ne perde pas de vue la pathogénie de cette affection, a été si diversement interprétée dans le cours de notre siècle.

tudié d'abord par Abercrombie, Rostan, Bouillaud, Andral, Lallemand, Ro-ıx, Cruveilhier, le ramollissement cérébral a été considéré, tantôt comme ıature inflammatoire, tantôt comme l'effet d'un travail organique exempt flammation dans certains cas. Plusieurs observateurs affirmèrent ensuite la ıre constamment inflammatoire du ramollissement. Forget, Saussier, Gluge, and-Fardel (1843), puis Calmeil (1859) défendirent cette opinion, en même ps que Bouillaud, Abercrombie, Bright, Carswell, Copland, Crisp, Piorry, ', N. Guéneau de Mussy, firent connaître des faits de ramollissement du eau avec oblitération des artères correspondantes. On objecta bien que e oblitération pouvait être consécutive et non la cause de la lésion du tissu bral; mais l'objection était sans aucune valeur pour deux faits de ligature a carotide suivie de ramollissement du cerveau et observés par Vincent et llot. L'étude des embolies par Virchow démontra la production du ramol-

tions connues, telles que certaines méningites, l'hémorrhagi
tumeurs du cerveau par exemple, il existe des faits très-noml
sement spontané ou primitif, quant à ses manifestations sym
sont dus à une toute autre origine que l'encéphalite. En pareil
sement est dû à deux causes principales : 1° *à un état morbi*
au niveau de la substance grise des circonvolutions, des corps s
optiques, cause très-importante étudiée par Hughes, Bennett,
Robin, et par Laborde ; 2° à une oblitération artérielle due à
neux migrateur (embolie) ou autochtone (thrombose), le ram
pant alors la portion de tissu cérébral tributaire du vaisseau o

1° Les altérations des capillaires (surtout des artérioles) con
dilatations, en ampoules moniliformes, ou en vacuoles anévr
(1er degré d'altération); puis il survient une dégénérescence ath
caire des parois des capillaires, avec amas d'éléments adipeux
après une stase sanguine plus ou moins prolongée (3e degré), il
par infiltration ou rupture, des éléments du sang (Laborde, *Co*
la Soc. de biol., t. V, 1864, et *ouv. cité*). Suivant cet aute
se rencontreraient, à un degré quelconque, sur tous les cer
cinquante-cinq à soixante ans en moyenne, condition esse
lissement dit sénile.

2° Dans les cas d'oblitération vasculaire, l'altération athérom
déterminerait la coagulation sanguine locale, en dehors des fa
par cause générale, ou par phlébite dans les sinus. Les obtura
sont dues à des causes indiquées précédemment (*Voy.* Emb

Je ne crois pas devoir traiter à part du ramollissement aig
sement chronique, parce que les symptômes qui révèlent
mollissement cérébral aigu ou chronique ne diffèrent réell
plus ou le moins de durée des accidents; l'état aigu se termi
en peu de jours, et plus rarement du 20e au 30e jour

ı se révèle d'abord par une *paralysie faciale* légère. A une *céphalalgie* fixe ›piniâtre s'ajoutent des troubles intellectuels : tantôt l'affaiblissement de ıltés pouvant aller jusqu'à l'hébétude complète ou au coma, la perte de la noire, la difficulté de s'exprimer, le changement de caractère, les attenssements sans motifs, etc.; tantôt du délire caractérisé par de l'agitation, de citation, de la loquacité ou un délire plus tranquille, un délire d'action qui très-fréquent chez les vieillards, des troubles des *mouvements*, de la *rdeur dans un membre* ou dans un côté du corps, une *paralysie* incom-e ou complète, soit à la face, soit aux membres, paralysie fréquente, puis-›n l'a observée dans les deux tiers des cas (Durand-Fardel); plus rarement il de la *raideur* et des *convulsions*, suivant le même auteur, ce que n'admet-ıt pas ceux qui considèrent la contracture comme un des principaux sym-mes. Du côté de la *sensibilité* on constate : l'anesthésie qui se montre ordi-ement avec la paralysie, mais moins souvent qu'elle, et l'état contraire, t-à-dire l'hyperesthésie sur laquelle plusieurs auteurs ont insisté, sans que signe soit pathognomonique; des engourdissements, des fourmillements, des ›tements incommodes, soit à la face, soit dans les membres, rarement dans ronc, et presque toujours limités au côté paralysé. Enfin on peut observer comme dans les autres formes de ramollissement et comme dans les autres ctions cérébrales, des *paralysies partielles* des sens, et notamment des ıbles amaurotiques, la paralysie du pharynx et des sphincters du col de la sie et de l'anus, d'où la rétention ou l'émission involontaire des urines et matières fécales. Très-rarement il y a de la fièvre et surtout des vomisse-ıts. — Le ramollissement dit *ataxique* par Durand-Fardel se caractérise, ès des *maux de tête intenses*, ou bien après une *agitation* inquiète, ou un er *égarement dans les idées*, tantôt par un *délire subit*, tantôt par une ıque *épileptiforme*, tantôt par une *hémiplégie subite* simple ou interrompue des contractions tétaniques, ou bien accompagnée de *convulsions* dans le ı non paralysé.

• *Inductions diagnostiques.* — Les symptômes du ramollissement céré-l, considérés isolément, ne peuvent pas être l'objet de considérations utiles r le diagnostic de cette maladie. La *céphalalgie*, comme prodrome, mé-cependant d'être signalée lorsqu'elle est persistante, et qu'elle s'observe z le vieillard, car elle peut être l'indice de l'invasion prochaine des premiers ıptômes de la maladie. Rasse (*Art médical de Bruxelles*, 1866) signale si comme un nouveau signe pouvant faire craindre l'apparition prochaine ramollissement cérébral, chez les individus faisant abus d'alcool, les épi-tis abondantes. Six sujets, dans cette condition, eurent des épistaxis avant vasion, et chez quatre d'entre eux elles nécessitèrent le tamponnement des ses nasales.

a maladie une fois déclarée, on ne peut bien apprécier la valeur des sym-mes variés qu'en ayant égard à leur évolution ou à leur enchaînement, sauf tefois pour les cas, si fréquents chez le vieillard, dans lesquels une attaque poplexie subite caractérise le début. On ne saurait alors se prononcer entre émorrhagie cérébrale ou le ramollissement (*Voy.* p. 496). Mais il ne faut pas blier qu'il y a aussi une forme *brusque* avec perte isolée du mouvement vo-taire et conservation de l'intelligence.

a marche graduelle des accidents est beaucoup moins fréquente que la pré-lente, ainsi que l'ont fait remarquer Lancereaux, Charcot et Vulpian. Ces ıx derniers observateurs n'ont compté que trois fois un début graduel, sur nte-neuf observations. L'évolution graduelle du ramollissement offre un

cachet tout particulier. On ne saurait méconnaître l'affection lorsque, à un engourdissement graduel et lentement croissant de l'intelligence, des sens, du mouvement et du sentiment, frappant presque toujours l'une des moitiés du corps, se joignent de la céphalalgie, des picotements, des fourmillements remontant des extrémités des doigts ou des orteils, une déviation graduelle de la face, la difficulté de la parole, etc. Après une durée variable de ces troubles plus ou moins nombreux, plus ou moins complets, n'apparaissant jamais dans un ordre bien déterminé, l'attaque apoplectiforme peut se montrer, et l'on a tout lieu de croire qu'elle est, dans ces conditions, l'effet du ramollissement; cependant il n'y a rien d'absolu à cet égard, car une véritable hémorrhagie peut venir s'ajouter à un ramollissement préexistant, ainsi que je l'ai une fois constaté. L'examen ophthalmoscopique, chez les malades atteints de troubles amaurotiques de la vue, fait quelquefois découvrir une périnévrite du nerf optique qui peut être la conséquence du ramollissement, dont cette lésion confirme le diagnostic, comme cela est arrivé au docteur Gayet (*Gaz. méd. de Lyon*, 1855) qui connaissait un fait analogue publié par Liebreich. Les yeux ne peuvent pas se tourner vers le côté paralysé, selon Vulpian.

Quant au ramollissement ataxique, l'intensité de la céphalalgie et les troubles intellectuels qui précèdent l'apparition du délire ou des convulsions, permettront de diagnostiquer le ramollissement, surtout chez le vieillard, si l'on ne peut rattacher ces symptômes à une autre affection. C'est à tort, selon moi, que cette forme a été mise en doute par Proust (*loc. cit.*, p. 105).

L'absence de fièvre est importante à noter dans le ramollissement cérébral, si par fièvre on entend, non l'accélération du pouls, mais l'élévation réelle de la température. Il résulte des recherches de Charcot à ce sujet (Proust, *thèse citée*) que jamais le thermomètre n'a dépassé 37° 7/10, à moins de complication.

Les éléments *étiologiques* du ramollissement du cerveau sont en général d'un vague qui ne permet guère d'en tirer parti pour le diagnostic. Il n'y a d'exception que pour la fréquence plus grande de la maladie après l'âge de soixante ans qu'à un âge antérieur, pour les lésions des os du crâne ou des méninges, de même que pour la présence d'un foyer sanguin ou d'une tumeur tuberculeuse ou cancéreuse, qui provoquent l'inflammation du tissu cérébral. Le diagnostic préalable de ces affections pourrait expliquer ou faire prévoir l'apparition du ramollissement, qui est alors secondaire.

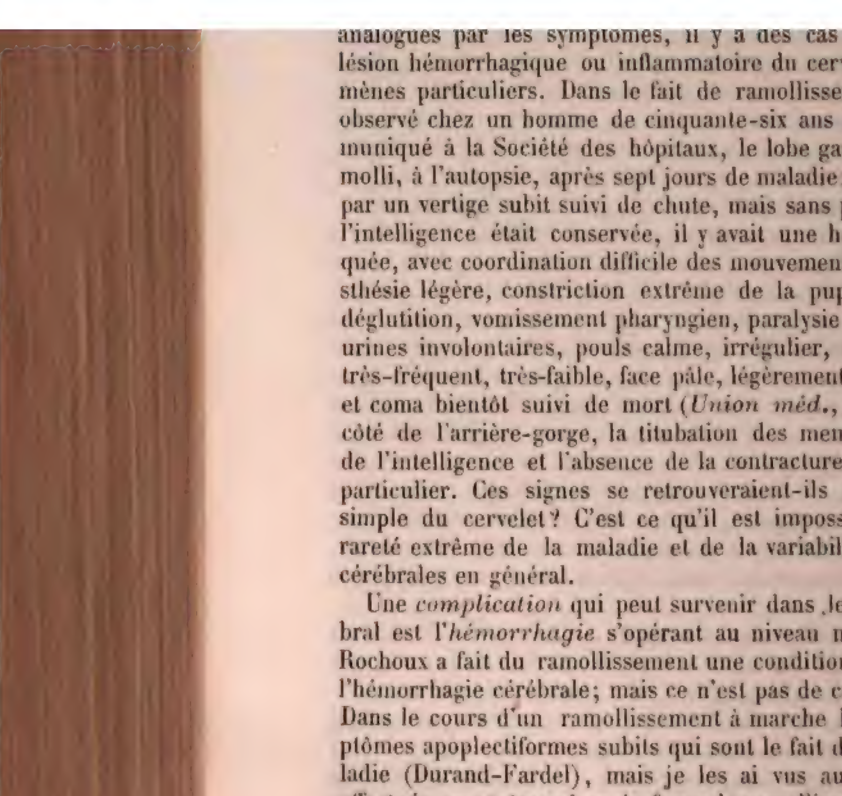
La *congestion* cérébrale peut d'autant mieux simuler les différentes formes secondaires du ramollissement cérébral que cette congestion est réelle au début de cette maladie, et qu'elle peut quelquefois produire des troubles intellectuels, paralytiques et autres, analogues à ceux du ramollissement. Or, comme les troubles congestifs sont passagers, ce n'est que lorsque la maladie a fait des progrès que l'erreur n'est plus possible. C'est, en effet, dans la marche graduelle et dans l'ensemble des troubles de l'intelligence, de la myotilité et de la sensibilité que j'ai rappelés plus haut, qu'il faut surtout chercher les caractères différentiels. — C'est seulement en se basant sur cette évolution que l'on pourra attribuer au ramollissement les accidents apoplectiformes semblables à ceux de l'*hémorrhagie cérébrale* (p. 496), s'ils ont été précédés des signes progressifs du ramollissement exposés précédemment. — Cette marche graduelle des accidents, fait capital du diagnostic quand il existe, pourra servir aussi à distinguer le ramollissement aigu de l'*hémorrhagie méningée cérébrale* (p. 500) dont les rémissions ont été données comme signes caractéristiques. Je dois cependant rappeler que la confusion sera facilement commise, vu la difficulté du diagnostic de cette hémorrhagie, et sa rareté relativement au ramollissement

ébral. — Le ramollissement ataxique, par la prédominance du délire, pour-faire croire à une *méningite* chez le vieillard, lorsque le délire est aigu, même qu'il pourrait aussi faire penser à une simple congestion. Lorsque le re est tranquille, suivant la remarque de Durand-Fardel, et qu'il signale asion de la maladie, il constitue un très-bon signe du ramollissement dans ieillesse.

En supposant l'existence du ramollissement cérébral établie, pourra-t-on erminer la forme anatomique de la lésion? — Le ramollissement cérébral à une *obturation artérielle*, forme de beaucoup la plus fréquente, sera pçonné à partir de l'âge de 55 à 60 ans, puisque l'on a trouvé les lésions vas-laires beaucoup plus fréquentes (Laborde dit *constantes*) à partir de cet âge. La rche graduelle des accidents donnera beaucoup de probabilités à l'existence cette forme anatomique de ramollissement, suivant Proust, ce qui se con-e mal cependant avec la rareté de l'invasion graduelle qu'il établit, et avec la quence au contraire des lésions athéromateuses des artères et des capillaires erveau. — Le ramollissement par *embolie* se rapporte à l'invasion apople-rme ou brusque; son diagnostic sera rendu facile par l'existence d'une ma-e du cœur pouvant fournir une embolie artérielle, et surtout par la coïnci-ce de la gangrène d'un membre due à la même cause, comme Vulpian l'a ervé et vérifié à l'autopsie Une douleur subite vers la rate ou vers les reins, résence du sang dans les urines ou dans les selles, par suite d'infarctus, ndraient aussi en aide au diagnostic. Enfin le siége de l'hémiplégie à droite ait encore ici sa valeur, car le caillot obturateur embolique a presque tou-rs été rencontré dans l'artère sylvienne gauche. L'oblitération d'un gros nc vasculaire ne paraît pas avoir le ramollissement pour effet aussi constant l'obturation des petits artères, car la ligature de la carotide primitive, faite Broca dans un cas d'otorrhagie grave, n'a pas amené le moindre trouble ébral (*Soc. de chir.*, 1866). — Dans le cas de ramollissement consécutif la *thrombose des sinus*, on a signalé, comme phénomènes concomitants, istaxis (Von Dush), l'inégale distension des jugulaires externes (Guérhard), onflement des veines de la tête, et des sueurs abondantes du tiers supérieur tronc (Fritz).

Le *siége anatomique* du ramollissement dans telle ou telle partie du cerveau t-il être établi pendant la vie? Lorsqu'il occupe la substance corticale par e d'une méningo-encéphalite chronique, il est caractérisé par les sym-mes de la PARALYSIE GÉNÉRALE des aliénés. Mais pour les autres formes, dont n'occupe plus particulièrement dans cet article, une précision analogue est icile à établir. Comme pour l'hémorrhagie cérébrale, les troubles de la myo-é et de la sensibilité produits par le ramollissement siégent du côté opposé lésion; mais les exceptions sont moins rares pour le ramollissement que ur l'hémorrhagie. Une détermination plus précise dans l'hémisphère lésé est sque impossible. Cependant Louis a remarqué que, dans une vingtaine de de ramollissement du corps strié, il était toujours survenu des symptômes plectiformes, qui pourraient être considérés dès lors comme signes au moins s-fréquents de ce ramollissement. — Lorsque le ramollissement cérébral est ible, ce qui se remarque principalement pour la couche corticale du cerveau, tération de l'intelligence ou la perte de connaissance sont complètes à une que plus ou moins éloignée, et les altérations des mouvements et de la sen-ilité sont également générales.

Existe-il des signes qui permettent de reconnaître que le ramollissement upe la *protubérance* cérébrale ou le *cervelet*? Je n'ai sur ce point qu'à



analogues par les symptômes, il y a des cas exceptionne
lésion hémorrhagique ou inflammatoire du cervelet se tradu
mènes particuliers. Dans le fait de ramollissement cérébe
observé chez un homme de cinquante-six ans à l'Hôtel-Die
muniqué à la Société des hôpitaux, le lobe gauche fut trou
molli, à l'autopsie, après sept jours de maladie; le début fut
par un vertige subit suivi de chute, mais sans perte complè
l'intelligence était conservée, il y avait une hémiplégie *ga*
quée, avec coordination difficile des mouvements des memb
sthésie légère, constriction extrême de la pupille, impossi
déglutition, vomissement pharyngien, paralysie du larynx et
urines involontaires, pouls calme, irrégulier, et enfin le
très-fréquent, très-faible, face pâle, légèrement cyanosée, h
et coma bientôt suivi de mort (*Union méd.*, 1855). Les
côté de l'arrière-gorge, la titubation des membres inférie
de l'intelligence et l'absence de la contracture donnent à c
particulier. Ces signes se retrouveraient-ils dans tout r
simple du cervelet? C'est ce qu'il est impossible d'affirm
rareté extrême de la maladie et de la variabilité des symp
cérébrales en général.

Une *complication* qui peut survenir dans le cours du r
bral est l'*hémorrhagie* s'opérant au niveau même de la
Rochoux a fait du ramollissement une condition nécessaire
l'hémorrhagie cérébrale; mais ce n'est pas de ce fait trop gé
Dans le cours d'un ramollissement à marche lente, il peut
ptômes apoplectiformes subits qui sont le fait de la marche
ladie (Durand-Fardel), mais je les ai vus aussi résulter
effectuée au centre même du foyer de ramollissement en voi
a alors une rupture vasculaire. Il survient quelquefois, dans

festement après la mort, due à la complication, que le ramollissement en voie de réparation. Lorsque la guérison s'opère, elle s'annonce par la nution puis la disparition complète des accidents. On a attribué certaines isons à la circulation collatérale qui peut suppléer l'artère obstruée et pré- r la nécrobiose, si l'oblitération a son siége au-dessous du cercle [de Willis ust). Mais il est clair que dans les faits de ce genre il peut bien y avoir une ue apoplectiforme momentanée, mais non un ramollissement réel.

APE (Bruit de). — *Voy.* VASCULAIRES (Bruits).

ATE. — Située dans l'hypochondre gauche, et protégée dans l'état normal e rebord des fausses côtes sous lesquelles elle est comme cachée, la rate acquérir des dimensions considérables. Elle peut alors dépasser le rebord côtes d'un ou de plusieurs travers de doigt, envahir même l'abdomen jus- u niveau du pubis, et se développer en même temps vers la poitrine. Elle uelquefois déplacée en masse.

s *maladies* de la rate ne sont pas très-variées. Sa CONGESTION (p. 228) est ente; son inflammation aiguë (SPLÉNITE), avec ou sans abcès, est au con- e une affection très-rare; il en est de même de sa *rupture* suite d'apo- e, et de celle due à une déchirure de *varices* de cet organe (Traube, *Vir- w's Archiv.*, 1867). L'obscurité qui règne sur ses fonctions a fait com- dre sous la dénomination commune d'*hypertrophie* ou d'*engorgement* de ate plusieurs affections encore mal définies, parmi lesquelles cependant ertrophie due à l'intoxication palustre est la mieux connue; dans ce der- cas, la rate hypertrophiée est parfois mobile et déplacée dans l'abdomen, le constitue une TUMEUR d'un diagnostic difficile. L'hypertrophie splénique encontre encore dans la *cachexie splénique* ou *lymphatique*, dans le out, avec la *phlébite de la veine porte*. Selon Peter, il y aurait un rapport ortionnel du volume de la rate avec l'élévation de la température, de telle que, pour un ou plusieurs degrés, la rate augmenterait d'un ou de plusieurs imètres (*Acad. de méd.*, 1867). Enfin on a observé des kystes *hydatiques* rate qui ont donné lieu à des signes particuliers.

rmi les *symptômes* locaux produits par les lésions de la rate, je dois rap- certaines *douleurs* de l'hypochondre gauche qui s'irradient à l'épigastre, l'abdomen et vers l'épaule gauche (splénite), et surtout la *tuméfaction* de e sensible à la *palpation* vers l'abdomen. La rate n'est pas, dans l'état toujours appréciable à la percussion sous les fausses côtes gauches ou au u des côtes; c'est principalement lorsque l'organe est développé qu'il ait une matité plus ou moins étendue. Ce n'est que dans des cas exception- d'engorgement considérable de la rate que l'hypochondre paraît générale- tendu, ainsi que la partie du ventre située au-dessous. La tumeur de l'hy- ondre peut être élastique, indolente, et fournir une fluctuation obscure changement de couleur de la peau. Rarement elle offre à son niveau une de crépitation à la pression analogue à celle que produit la neige écrasée le pied, et un frottement granuleux ou de cuir neuf sensible à l'ausculta- ou pour le malade lui-même. Ces derniers signes ont été notés par Le- : dans un cas de tumeur hydatique de la rate (*Union méd.*, 1850). Enfin t quelquefois considérer comme un moyen d'élimination des collections entes de la rate certains abcès qui apparaissent vers les lombes (*Voy.* ITE, ABCÈS, RUPTURES, HYDATIDES, TUMEURS).

ECTUM. — Le rectum est le siége de maladies ou de lésions di- s qui lui sont propres : *chutes* de l'organe hors de l'anus, *hémorrhagie* 87), inflammation ou *rectite*, HÉMORRHOÏDES, TUMEURS cancéreuses ou



article particulier, le lecteur pouvant consulter avec fru
récents de Physiologie (J. Béclard, Longet), et l'Introduc
traduction des *Leçons* de Brown-Séquard *sur les paralys*
férieurs.

REFROIDISSEMENT. — *Voy.* THERMOMÉTRIE.

RÈGLES. — *Voy.* MENSTRUATION.

REINS. — Profondément situés dans l'abdomen da
baires, les reins sont très-difficilement accessibles à l'ex
normal. Mais ils peuvent devenir mobiles par suite du r
moyens d'attache et se déplacer, ou bien acquérir un vo
considérable qui leur fait envahir parfois une grande parti
dans ces deux circonstances que l'on peut explorer ces org
que les reins présentent dans leur situation suffisent pour
erreurs graves de diagnostic (*Voy.* TUMEURS de l'abdomen)

1° *Maladies.* — Lorsqu'il y a lieu de soupçonner que
faut se rappeler qu'il peut être atteint de CONGESTION (p.
aiguë ou chronique, avec ou sans *abcès*, de *maladie* de Br
kystes simples, de *kystes hydatiques*, de *vers rénaux*, o
Il est quelquefois difficile de distinguer ces affections d'autr
soit dans le tissu cellulaire qui entoure le rein (PÉRINÉPHR
du bassinet ou de la partie supérieure de l'uretère
NÉPHRÉTIQUES, PYÉLITE, *hydronéphrose*).

2° *Symptômes.* — La *douleur* s'étendant le long de l'u
cule correspondant chez l'homme, ou à la grande lèvre chez la
dues aux affections rénales, les troubles fonctionnels de la
et les caractères de l'*urine* , sont les principales données
servent au diagnostic des affections des reins. Malgré ses car
spéciaux, la douleur s'irradiant vers les testicules n'est pa
car elle se rencontre dans certaines coliques hépatiques,

lquefois de la douleur lorsqu'il existe une affection rénale; mais il est tou-
s difficile en pareil cas de décider si cette douleur n'est pas simplement un
r de névralgie lombo-abdominale. Pratiquée vers l'abdomen, la palpation a
s d'avantages. Elle permet de juger de la situation, de la sensibilité morbide,
l'étendue, de la direction et de la consistance des tumeurs rénales, de la mo-
té de l'organe lorsqu'il est simplement flottant. Rayer dit avoir ainsi reconnu
osition anomale des reins dans la fosse iliaque ou sur la colonne vertébrale.
bon moyen qu'il indique pour explorer profondément la région rénale de
que côté, consiste à appliquer une main en arrière sur la région lombaire et
resser à plat avec l'autre main la région correspondante de l'abdomen, en
geant l'extrémité des doigts vers la ligne médiane du tronc.

a *percussion* rend également de grands services au diagnostic des affec-
s rénales en venant en aide à la palpation ; mais on ne doit pas, ainsi qu'on
ait, en exagérer l'importance, et se persuader qu'il est possible de limiter
reins dans l'état sain vers la lésion lombaire. Ce n'est que lorsque l'organe
augmenté de volume, ou déplacé, que la percussion, vers l'abdomen, a
lque utilité (*Voy.* LOMBES).

REINS MOBILES. — La mobilité des reins, que Rayer a fait connaître
aladies des reins, t. III, p. 783) est due au relâchement de leurs moyens
rels de contention. Désignée aussi sous les dénominations de *reins flot-
ts*, *luxation des reins*, cette affection mérite d'autant plus de fixer l'atten-
qu'elle a été une source d'erreurs fréquentes de diagnostic. Fritz (*Arch. de
l.*, 1859, t. XIV) a résumé dans un bon travail tous les faits connus ; et
uis sa publication, Becquet, dans un remarquable travail (*Arch. de méd.*,
5), Trousseau (*Union méd.*, 1865) ainsi que Dietl et Gilewski, ont ajouté
notions nouvelles à celles déjà connues.

Éléments du diagnostic. — Le principal est l'existence d'une *tumeur
ominale* sous les hypochondres, occupant ordinairement le côté droit, ra-
ent les deux côtés ; la mobilité est son principal caractère. Tantôt le rein
t pas entièrement déplacé, et alors les deux mains disposées en avant et
rrière comme pour l'exploration du rein sentent facilement l'extrémité infé-
re de l'organe, surtout à la fin d'une grande inspiration, et pendant l'expi-
on on peut refouler la tumeur sous les côtes (Fritz). Tantôt le déplacement
omplet, et il est facile d'explorer à travers les parois abdominales, par la
ation et la percussion, la tumeur tout entière formée par le rein, dont on
t apprécier le volume, la rénitence, la surface lisse et la forme ovalaire; son
d axe est dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et il
en dedans et en haut une dépression sensible (hile du rein). Enfin on peut
stater par la pression la *vacuité* de la région lombaire correspondant au rein
acé. — En même temps, à une *douleur* ordinairement peu vive de la
on lombaire et se propageant parfois dans la direction des nerfs lombaires et
aux, se joignent un sentiment de *faiblesse* et de *malaise* dans le bas-ventre
les *troubles digestifs* (nausées, vomissements, digestions difficiles). Dietl
ale aussi comme symptômes l'*hyperesthésie*, l'*hystérie*, l'*hypochondrie* et
out les *névralgies*.

Inductions diagnostiques. — Elles découlent naturellement de ce seul
sé des éléments du diagnostic. La mobilité de la tumeur, sa convexité uni-
e, quelquefois sa forme, les douleurs pénibles qui se montrent surtout pen-
t la station droite et la marche, et qui cessent par le repos et le décubitus,
quand le ventre est maintenu avec les deux mains ou avec une ceinture,
les troubles digestifs plus ou moins prononcés, constituent un ensemble



parois abdominales favorisée par l'existence de la fièvre
quet regarde l'augmentation du volume et du poids des rei
tenus que par l'enveloppe peu résistante du péritoine, co
efficace du déplacement, que l'augmentation soit due à
à un calcul volumineux, à une tumeur, ou bien à une
comme la *fluxion cataméniale*, sur l'influence de laqu
beaucoup. Sur 35 cas réunis par Fritz, il y avait 30 fer
18 à 45 ans, c'est-à-dire qu'elles étaient toutes dans la p
fonctions génitales et reproductrices. C'est ce qui explique
accidents au moment des congestions de ces organes.

La tumeur, par sa présence, ou même par sa disparition
fait croire à une *tumeur cancéreuse* si la malade est maig
de l'embonpoint et que la tumeur échappe à la palpation,
que la malade dit de la tumeur qu'elle a parfaitement s
abdomen. Cruveilhier a vu prendre cette tumeur, à droite, p
du foie. Je l'ai vu prendre, du côté gauche, pour un canc
qui avait en même temps des vomissements fréquents e
greur par suite de troubles digestifs continuels. On a cr
de la *vésicule biliaire*, de la *rate*, du *mésentère*, de l'
tion), de l'*ovaire*, et souvent à un *amas de matières*
intestin. Ces erreurs sont déplorables, surtout quand elles
à un traitement intempestif qui peut aller jusqu'à entraîne
l'a vu chez une femme âgée de 49 ans, à laquelle on a pr
l'ovariotomie, la tumeur étant prise pour un kyste de l'ov
Les douleurs symptomatiques de l'affection ont été prises au
nerveuses, pour des phénomènes d'*hypochondrie*, pour
baires ou sciatiques simples (Rayer) ; enfin on a cru à des
quand il y avait de la leucorrhée.

L'augmentation concomitante du volume du foie, qui est

é, puisqu'il suffit souvent d'un simple moyen de contention pour faire ·, non le déplacement, mais le malaise habituel éprouvé par les malades. a rapporté un cas de guérison observé par Hare, et que l'on peut attribuer fluence apparente d'une grossesse. Dans un autre fait du même auteur, mélioration a été obtenue par un traitement dirigé contre une chloro-ané- oncomitante (*Voy.* TUMEURS [abdominales).

ESONNANCES. — *Voy.* BRUITS ANOMAUX.

ESORPTION PURULENTE. — *Voy.* PYÉMIE (p. 896).

ESPIRATION. — RESPIRATOIRES (Appareil, voies ou organes). urais à entrer ici dans de très-longs détails si je n'avais traité dans une d'articles de cet ouvrage les questions relatives aux signes et aux maladies cupent l'appareil respiratoire. Les uns et les autres sont rappelés à propos fférents *organes* qui font partie de l'appareil de la respiration.

modifications que subit la respiration dans les maladies se traduisent par oubles fonctionnels et des signes physiques (*Voy.* POITRINE), parmi les- ceux de l'auscultation occupent le premier rang. J'ai consacré des articles ux à ces troubles particuliers (DYSPNÉE, TOUX, CRACHATS, etc.), et aux paux phénomènes d'auscultation, mais non à la respiration considérée certains de ses caractères que je vais rappeler.

bruit respiratoire *exagéré* (respiration puérile) est considéré générale- comme annonçant moins une lésion des organes pulmonaires dans le point l'entend, qu'une maladie d'une portion plus ou moins éloignée, les par- ines suppléant à l'inaction des parties affectées. Cependant elle est, selon in signe direct bien manifeste de certaines condensations pulmonaires. — *blesse* du bruit respiratoire a des significations très-diverses : on la cons- utes les fois que l'air arrive moins vite ou en plus petite quantité que 'état normal dans les voies respiratoires (obstructions diverses des voies nes, emphysème pulmonaire, phthisie au premier degré, congestion pul- re, pleurodynie, poumon anciennement affecté de pleurésie) ou lorsqu'il un liquide (épanchement pleurétique) ou des fausses membranes interpo- tre le poumon et les parois thoraciques. L'absence complète de bruit atoire est presque exclusivement due à une pleurésie avec épanchement. *respiration rude*, qui comprend une variété importante que j'ai appelée ation GRANULEUSE, se constate dans l'emphysème pulmonaire, la phthisie, gestion pulmonaire, et dans tous les cas de condensation du poumon. — *iration prolongée* indique que la sortie de l'air est moins libre que son dans l'intérieur des voies respiratoires, ou bien elle dépend de ce que lsion de l'air a lieu avec force par les contractions énergiques et rapides uscles expirateurs (*Voy.* AUSCULTATION, Phénomènes BRONCHIQUES, CAVER- AMPHORIQUES ; RALES, VOIX THORACIQUE, etc.).

respiration, considérée dans ses phénomènes extérieurs, est rarement ie (par l'effet des narcotiques ou de certaines affections cérébrales) ; elle pend momentanément dans l'hydrocéphalie. Beaucoup plus fréquemment st accélérée, difficile, irrégulière, parfois anxieuse, singultueuse, modifica- qui se rattachent presque constamment à la DYSPNÉE. L'inspiration, dans me de la glotte, est facile, sifflante, et l'expiration difficile. L'expiration s-prolongée par rapport à l'inspiration dans beaucoup de cas où la dysp- st extrême. Bergeron et Kastus ont imaginé un instrument enregistreur de piration analogue au sphygmographe, mais dont l'utilité n'a pas encore été mment établie.

modifications que subit la respiration dans les maladies en général se

rattachent d'abord aux affections des organes qui concourent à cette fonction, c'est-à-dire à celles des voies respiratoires, des poumons, des plèvres, des parois thoraciques, du diaphragme, des vaisseaux ou des nerfs qu'ils reçoivent. Il y a de plus une foule d'autres maladies qu'il serait trop long d'énumérer, et parmi lesquelles on a compris celles des centres nerveux : celles du bulbe rachidien, dont l'apoplexie pourrait rendre la respiration seulement diaphragmatique (Mesnet, *Acad. des sc.*, 1861) ; celles de la moelle, dont les lésions des cordons latéraux n'auraient pas, comme l'a dit Schiff, les troubles de la respiration pour conséquence, comme l'a montré Charcot (*Soc. méd. des hôp.* 1865). Les inductions les plus faciles à tirer des troubles extérieurs de la respiration sont celles qui s'expliquent immédiatement par des états morbides locaux se manifestant principalement par des signes physiques facilement appréciables.

Les *voies* respiratoires, constituées par les fosses nasales, la bouche, le pharynx et principalement par la glotte, le larynx, la trachée, les bronches et les vésicules ou vacuoles terminales, méritent de fixer particulièrement l'attention au point de vue du diagnostic. Elles doivent être considérées comme une cavité complexe où circule l'air, où s'effectue l'hématose, où retentit la voix, et où sont sécrétés des produits particuliers. Il en résulte que les symptômes et les signes qu'on y observe doivent être cherchés dans les modifications insolites de ces différents actes, modifications tantôt faciles à constater et tantôt au contraire difficiles à saisir, selon leur valeur séméiologique différente.

Il n'est pas toujours exempt de difficultés de déterminer le siége anatomique de la lésion dans les parois des cavités aériennes ou dans le tissu pulmonaire lui-même. La *bronchite*, les *dilatations* ou les *rétrécissements* qui affectent les bronches sont sans doute bien constatés pendant la vie dans la plupart des cas ; mais il s'en présente aussi dans lesquels, à propos de la bronchite notamment, la participation du tissu pulmonaire serait difficilement niée.

RÉTENTIONS. — On a ainsi désigné des états pathologiques qui résultent de la distension de certains organes creux par des produits de sécrétion ou d'excrétion, ordinairement liquides, qui y sont retenus par un obstacle mettant à leur écoulement au dehors. Ces rétentions ont lieu dans les organes abdominaux, dans les voies digestives, biliaires et génitales. Je ne m'occuperai pas ici des obstructions du tube digestif donnant lieu à la rétention des *matières fécales*. Il en a été question ailleurs (*Voy.* OCCLUSIONS INTESTINALES).

A. VOIES BILIAIRES.

La *rétention de la bile* a lieu dans le foie, dans la vésicule biliaire, ou simultanément dans ces deux organes, lorsqu'il existe un obstacle complet au cours de la bile dans le canal hépatique, cystique ou cholédoque.

1° *Éléments du diagnostic.* — Une *gêne* ou une *douleur* dans l'hypochondre droit, un *ictère intense*, des *vomissements*, de la *constipation*, la décoloration des selles, une *augmentation du volume du foie* à la palpation sous les côtes, et à la percussion vers le thorax, sans déformation de l'organe : tels sont les signes de la rétention de la bile dans le foie. — Une *tumeur* arrondie non saillante à la vue, et sans changement de couleur de la peau, mais sensible à la palpation au-delà du rebord des fausses côtes, ou plus bas au-delà du rebord du foie augmenté de volume, sans dureté environnante, fluctuante, diminuant parfois par la pression qui fait alors fluer la bile dans l'intestin si l'obstacle n'existe plus (J.-L. Petit), et donnant à la percussion une matité qui dessine sa forme : tels sont les signes assignés à la rétention de la bile dans la vésicule. — La simultanéité des signes précédents caractérise à la fois la rétention [illegible] foie et la vésicule.

Inductions diagnostiques. — Malgré la netteté apparente de ces signes, le
iostic de la rétention de la bile est loin d'être simple dans tous les cas. Les
faciles à reconnaître sont ceux de rétention *dans la vésicule*, lorsque la
ur offre des caractères suffisants; malheureusement il n'en est pas toujours
et l'on ne doit pas considérer la saillie de la vésicule au-delà du rebord
usses côtes comme un signe constant de cette rétention.
causes anatomiques de la rétention de la bile sont variées et essentielles
iercher. La plus commune est la présence de calculs dans les conduits
res. Il est donc nécessaire de s'informer d'abord s'il existe ou s'il a existé,
le antécédents, des coliques hépatiques qui expliquent la rétention de la
La cause ne sera pas aussi facile à déterminer si l'occlusion des voies bi-
s est due à un *lombric* engagé dans le canal cholédoque (Lieutaud), à une
mmation et par suite à une oblitération par adhérence des parois des con-
biliaires, à une compression des conduits par des *brides cellulo-fibreuses*
r une *tumeur*, cancéreuse ou autre, développée dans le voisinage ou au
u même du canal biliaire. On a encore admis que la contraction spasmodi-
les canaux ou même leur invagination pouvait les obstruer et produire la
tion de la bile, mais on ne s'est appuyé que sur des probabilités. Cette
e énumération montre toute la difficulté qu'il peut y avoir à constater
tence de ces différentes causes, qui ne se manifestent par aucun signe
al, et au sujet desquelles on ne peut émettre que des suppositions.
propos de la CHOLÉCYSTITE (p. 189), j'ai indiqué les caractères différentiels
rétention de la bile dans la vésicule et de l'*abcès* de ce réservoir. C'est la
affection qui puisse induire en erreur; car la confusion ne pourrait avoir
avec un *abcès du foie*.
rétention de la bile étant constatée, on peut jusqu'à un certain point dé-
iner le siége de l'obstacle au cours de la bile. Il occupe le *canal hépati-*
si la rétention est isolée dans le foie; le canal *cystique*, si elle est limitée
vésicule (alors il n'y a pas d'ictère); le canal *cholédoque*, si la rétention
pe le foie et la vésicule biliaire. Ces distinctions sont très-justes; mais il
are que les faits se présentent avec cette netteté dans la pratique.
i peut avoir affaire à deux *formes* différentes de la maladie : à une forme
ou rapide qui accompagne la colique hépatique, ou bien à une forme chro-
e, dans laquelle les signes de la rétention biliaire existent sans accidents
concomitants. Dans ce dernier cas, il y a eu parfois des coliques hépati-
antérieures, ou bien un calcul s'est engagé lentement dans les canaux
res, où il a pris droit de domicile, sans donner lieu à des douleurs vives.
meur fluctuante de la vésicule peut constituer alors le signe principal qui
l'attention, s'il s'agit de l'obstruction du canal cystique ou cholédoque, ou
ce n'est que par la *péritonite suraiguë* résultant de la rupture de la vési-
distendue que la rétention se manifeste, et, dans cette circonstance, il est
ssible de rapporter la péritonite à sa véritable cause. J'ai observé à l'Hôtel-
un fait de cette espèce. En pareil cas, la bile perd ses caractères et devient
ise, ce qui a fait donner à la lésion la dénomination d'*hydropisie de la*
ule. C'est dans cette forme chronique de la maladie qu'il faut rechercher
a ou non permanence de la tumeur, ou si elle communique avec l'intestin,
e l'on constate par la compression.
Pronostic. — Il est quelquefois grave par le fait de la rupture de la vési-
qui survient surtout lorsque la rétention de la bile est prolongée.
VOIES URINAIRES.
— *Hydronéphrose.*

On a appelé *hydropisie du rein*, *distension* ou *hydronéphrose rénale*, la rétention de l'urine dans le rein par suite de l'obstruction des voies urinaires. L'urine ainsi accumulée devient séreuse, sans pourtant cesser de contenir une certaine quantité d'urée.

1° *Éléments du diagnostic*. — Le principal signe est une *tumeur* dont le volume varie, suivant Rayer, de celui du poing à celui de l'utérus tel qu'il est dans les derniers mois de la grossesse.

Dans ce dernier cas, la *tuméfaction du ventre* et même de la région lombaire est sensible à la vue; mais lorsque la tumeur est moins développée, la palpation et la percussion peuvent être les seuls moyens de la constater. La *palpation* fait percevoir une tuméfaction indolente, bosselée comme un gros intestin distendu, molle et fluctuante, qui occupe une plus ou moins grande étendue au niveau du rein distendu et aminci, ou des deux reins si l'un et l'autre sont affectés, car, suivant Rayer, l'hydronéphrose double ne serait pas très-rare. La *percussion* donne un son mat qui permet de limiter assez exactement l'étendue de la tumeur. Cependant très-souvent celle-ci, quoique volumineuse, reste confinée dans la profondeur de d'hypochondre et échappe à l'exploration la plus attentive. L'*urine rendue* est le plus souvent naturelle, le rein sain suppléant le rein malade dans sa fonction. La *santé générale* n'est d'ailleurs nullement altérée, de sorte que la tumeur indolente est en réalité le seul symptôme de l'hydronéphrose.

2° *Inductions diagnostiques*. — Le diagnostic de l'hydronéphrose est souvent difficile, comme celui de toutes les tumeurs abdominales qui se développent d'une manière latente et chronique, et qui ne s'accompagnent pas de troubles fonctionnels concomitants propres à éclairer le clinicien. Tout en tenant compte des caractères présentés par la tumeur, qui feront au moins soupçonner l'hydronéphrose, il faudra en rechercher la cause. S'il a existé précédemment des coliques néphrétiques, et s'il y a eu, comme antécédent, émission de graviers dans les urines, ces commémoratifs rendent probable l'existence de *calculs urinaires* obstruant l'uretère. L'expulsion de fragments d'*hydatides* par l'urètre sert également un antécédent précieux comme pouvant expliquer l'obstruction des voies urinaires par des hydatides. Enfin des causes moins faciles à saisir sont l'existence de *tumeurs cancéreuses* comprimant l'uretère, et surtout des vices de *conformation* existant chez le nouveau-né.

Si l'on tient compte de l'ensemble de ces données, il ne sera guère possible de confondre l'hydronéphrose qu'avec certains kystes volumineux des reins et avec la distension du bassinet et des calices par le pus de la pyélite. — Les *kystes simples* assez volumineux pour simuler une hydronéphrose sont extrêmement rares et se développent sans être précédés ou accompagnés d'aucun symptôme, tandis que l'hydronéphrose est presque toujours précédée d'accidents particuliers qui se rapportent à l'obstruction des voies urinaires. — Dans la *pyélite*, suivant Rayer, la tumeur rénale est presque toujours douloureuse, et l'urine est chargée de pus, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassinet enflammé et la vessie, ce qui n'est pas le fait le plus ordinaire. Mais c'est précisément dans ces cas d'obstruction que la confusion est inévitable, le praticien ne pouvant s'appuyer sur des signes différentiels suffisants. Au reste, la pyélite peut survenir comme complication de l'hydronéphrose; elle s'annonce alors par des frissons irréguliers, de la fièvre, et une douleur rénale.

3° *Pronostic*. — L'hydronéphrose n'est pas grave lorsqu'elle n'occupe qu'un côté; les malades peuvent vivre pendant de longues années avec cette af-

on en vaquant à leurs occupations, le rein sain suppléant à l'action de celui st affecté. Mais que, dans ces conditions, la sécrétion ou l'excrétion de l'urine ıe à être suspendue pendant un ou plusieurs jours, par une cause quelcon- et la mort surviendra rapidement.

— *Rétention d'urine dans la vessie.*

Eléments du diagnostic. — Lorsque l'urine est accumulée dans la vessie pouvoir en être spontanément expulsée, et qu'elle est en quantité suffisante faire plus ou moins déborder la vessie au-dessus des pubis, elle produit *tumeur* qui est le signe principal de cette rétention. Cette tumeur, qui e plus ou moins haut dans l'abdomen, de manière à dépasser quelquefois ilic, et à rendre l'abdomen saillant à la vue, est ordinairement indolente; la *forme demi-ovoïde* à convexité supérieure, sensible à la palpation, nstate tantôt sa *rénitence* et tantôt sa *mollesse* et sa *fluctuation*, si la des parois abdominales le permet; elle donne à la percussion un *son mat* te supérieure *convexe*, au-dessus de laquelle se perçoit le son clair de stin. Le son mat, dont le siége ne varie pas avec les diverses positions du diminue d'étendue et disparaît même avec la tumeur, si le *cathétérisme* issue à l'urine accumulée dans la vessie; c'est là un signe très-important, il faut toujours rechercher. A cette tumeur, dont la formation est lente ou e, se joignent soit une émission difficile et incomplète de l'urine, soit son ement involontaire goutte à goutte (urine rendue par regorgement), soit sa suspension complète. Si celle-ci se prolonge, la vessie distendue peut rir un volume énorme, et la fièvre survenir avec des troubles généraux s.

Inductions diagnostiques. — La rétention d'urine n'est pas toujours facile à diagnostiquer qu'on pourrait le croire. Le cathétérisme, en faisant raître la tumeur sensible à la palpation et à la percussion, est certainement illeur moyen de se prononcer avec certitude; mais d'une part on peut ger de l'employer, et d'un autre côté le cathétérisme n'est pas toujours ble.

ns le premier cas, on a pu prendre la tumeur vésicale pour une *ascite*, et éparer même à pratiquer la paracentèse, erreur que le cathétérisme est heureusement empêcher. Une pareille confusion paraît inconcevable si l'on que la matité de la vessie distendue est convexe supérieurement et im- le, tandis que celle de l'ascite a au contraire une limite supérieure concave i varie latéralement suivant la position du sujet (*Voy.* ASCITE). — Les tu- s dont l'*utérus* est le siége peuvent donner à cet organe un développement gue à celui de la vessie dans la rétention d'urine; mais dans les tumeurs nes, l'émission spontanée de l'urine est habituellement facile et naturelle, et lle suspendue, le cathétérisme lèverait tous les doutes. — Il en serait de ıe de certaines tumeurs fluctuantes de l'ovaire.

n supposant que le cathétérisme ne soit pas possible par suite d'un obstacle l'urètre, au niveau de la prostate (cas le plus fréquent), ou par suite de la pression d'une tumeur extérieure au col de la vessie, la constatation de cet acle lui-même serait une donnée confirmative de la rétention d'urine, lle expliquerait suffisamment. Le toucher vaginal chez la femme, rectal chez mme, et l'exploration de l'hypogastre et des régions inférieures du ventre, raient éclairer sur la nature de l'obstacle. La rétention d'urine a lieu par obstructions du canal de sortie de l'urine, ou bien par suite de la PARALYSIE vessie (dans les *fièvres graves*, avec des lésions variées des centres nerveux, des *névroses*).

que fut modifiée. La mort étant survenue, on constata l'exis
l'examen du liquide aurait pu faire diagnostiquer pendant la

3° *Pronostic.* — Il n'est grave que dans les cas où l'on négl
à l'urine par le cathétérisme, et dans ceux où l'on tente vai
quer. La rupture de la vessie et des infiltrations urineuses
conséquence (*Voy.* PARALYSIE de la vessie, p. 761).

C. VOIES GÉNITALES.

Les obstructions des voies génitales, chez l'homme et la
causes de *stérilité*. De plus, chez la femme, il peut y avoir de
plètes des voies génitales, qui s'opposent non-seulement à l
encore à la sortie des règles, et même à la sortie de l'enf
l'accouchement. Dans ce dernier cas, l'oblitération du col u
rences est accidentelle, et la cause n'en est pas bien connue
méd., 1860). Mais c'est surtout au point de vue du diagno
du flux menstruel chez la femme que j'ai à m'occuper des ob
génitales.

Cette *rétention du flux menstruel* a été principalement
derniers temps par Bernutz, à qui l'on doit le travail le plus
publié sur ce sujet (Bernutz et Goupil : *Clinique sur*
femmes, t. I). Il admet qu'une obstruction des voies génit
souvent confondu les effets du liquide sanguin cataménial re
avec plusieurs maladies : la congestion morbide qui marque
dents, avec la *métrite;* la distension de l'utérus et des tromp
mulé en amont de l'obstacle, avec des *phlegmons des lig*
enfin le reflux sanguin dans le péritoine par le pavillon de l
simple *péritonite* ou une simple *hématocèle*. Après ces
qui peuvent se répéter successivement à plusieurs époques
aurait encore, comme conséquences intermédiaires ou chron
tions, des *concrétions sanguines*, des *hydropisies* de l'uté

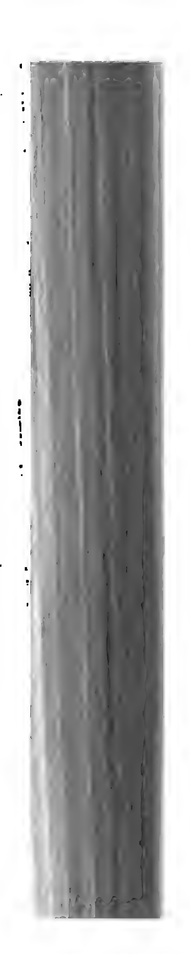
nt une tumeur arrondie sus-pubienne, au niveau de laquelle on peut per-
' la fluctuation.

ı'y a aucun doute sur la signification de ces différents symptômes si l'on :te en même temps un obstacle à l'écoulement du sang au dehors des par- :nitales. A ce point de vue, on peut diviser les faits de Bernutz en deux ries. Dans la première, l'oblitération complète ou incomplète est mani- et facilement constatée : il y a *imperforation du canal vulvo-utérin* :nitale ou due à des cicatrices), *rétrécissement* (également congénital ou ciel) du vagin ou du col utérin, ou enfin obstruction de la cavité du col par *eudo-membranes*. Dans une seconde catégorie se rangeraient les obsta- ıoins facilement constatés : les *déviations utérines* (les flexions en par- r), la *contraction spasmodique* du conduit excréteur lui-même, ou du du col utérin (troubles fonctionnels), et un état anomal, congénital ou , des *trompes*.

me borne à ce court exposé du diagnostic de la rétention du flux mens- il me paraît suffisant pour montrer la question dans l'acception la plus qu'on lui ait donnée.

:TINITE. — Les inflammations de l'intérieur de l'œil, visibles seule- à l'OPHTHALMOSCOPE, se lient souvent à l'existence de maladies internes, vent par conséquent être connues du médecin. Ces inflammations ont été guées, par rapport à leur siége anatomique au niveau de la choroïde, de ne, de la papille du nerf optique, et dénommées choroïdite, rétinite, névrite i-névrite optiques, névro-rétinite; mais elles se combinent fréquemment elles, et c'est surtout la rétinite, et la névrite de la papille optique qui s'y he, qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic des maladies géné- Je ne rappellerai pas les nombreux travaux dans lesquels cette question traitée (*Voy.* OPHTHALMOSCOPIE) et parmi lesquels se trouve l'excellente :ation de Follin (*Leçons sur l'application de l'ophthalmoscopie au ı. des malad. de l'œil*, 1859), à laquelle j'emprunte en grande partie :tails descriptifs qui suivent.

yperémie de la rétine et de la papille est le premier degré de leur ımation, qui est primitive ou qui succède à une choroïdite, ou enfin à une te des nerfs optiques. Ce premier degré est facile à constater, à cause *surface nacrée* sur laquelle reposent les *vaisseaux variqueux* qui dé- ıt des sinuosités plus ou moins étendues sur la surface rétinienne. Ces ›aux, lorsqu'ils sont très-dilatés, sont le siége d'un *pouls veineux*, que trouve quelquefois chez les sujets sains, mais seulement après un exer- qui a excité la circulation; rien de semblable n'existe dans les artères. ne conséquence de cette rétinite congestive, il existe parfois une *injection ılaire très-considérable* et des *hémorrhagies* rétiniennes (par rupture) ınt des *plaques rouges* bien distinctes, qui peuvent se résoudre. — A cette › congestive succède la rétinite vraie ou exsudative, qui se manifeste d'abord n *léger trouble blanchâtre*, *opalin*, dans la profondeur de l'œil. Ce trou- ı'empêche pas d'abord de découvrir les couches profondes choroïdiennes ait que, dans l'état normal, la rétine a une parfaite transparence); plus *le trouble augmente* et la papille peut même disparaître totalement, noyée, comme on l'a dit, sous l'exsudat qui la recouvre; sur ce fond trouble, istingue de petites *plaques ecchymotiques* et des *taches jaunâtres*, d'a- : brillant, que l'on constate principalement sur le trajet des vaisseaux. Le ›le de la rétine est dû à la métamorphose graisseuse qu'ont subie les cel- nerveuses; des granulations graisseuses existent aussi au niveau des



la diphthérie compliquée d'accidents paralytiques, certaines a
males, l'hystérie, la syphilis, la méningite des tuberculeux,
brales et cérébro-spinales, etc., toutes celles, en un mot, qui s
maurose ou d'amblyopie. Au mot AMAUROSE, j'ai traité la que
l'emploi de l'ophthalmoscope (pp. 44 et 45), et l'on a vu, c
mération qui précède, combien sont variées les conditions
troubles de la vue, conditions qui encore ne sont pas toutes
troubles de la vue, quoique d'origine si différente, se rattache
rents degrés de rétinite que j'ai rappelés tout à l'heure.

L'albuminurie ou plutôt la *maladie de Bright* est, sous ce r
qui a été le mieux étudiée. Ici se présentent les noms d
Stellwag von Carion, Virchow, Wagner, H. Muller, Lécorché,
gnent de l'importance des recherches pathologiques qui ont
vivant à l'aide de l'ophthalmoscope, et sur le cadavre avec le
résulte que les lésions qui ont été énumérées plus haut, et qu
vent dans la maladie de Bright, présentent ceci de particul
jaunes sont nombreuses et comme groupées par place. Follin
cité) si l'amaurose albuminurique à marche rapide signalée
hebdomad., 1858) qui produirait une cécité complète, mai
tiendrait pas à quelque œdème partiel, mobile, fugace de la
le voit souvent dans la maladie de Bright. La question n'est
résolue.

Je ne m'arrêterai pas à la plupart des autres maladies q
de troubles amblyopiques ou amaurotiques qui se rattachent à
me contenterai d'appeler particulièrement l'attention sur la m
la SYPHILIS, et sur les TUMEURS intra-crâniennes, à propos
question des données diagnostiques que l'ophthalmoscope p
aussi OPHTHALMOSCOPIE).

RÉTRACTIONS. — *Voy.* CONTRACTURES.

RÉTROFLEXIONS ET **RÉTROVERSIONS.** — *Voy*

le la cavité au-dessus de l'obstacle, par le fait de l'arrêt des corps solides, de la *rétention* des corps liquides ou gazeux qui y circulent habituellement; enfin leur *expulsion rétrograde* par des voies insolites. Comme consé-nces accessoires des rétrécissements, je dois rappeler aussi les inflamma- consécutives des organes voisins.

résulte de ces faits, importants à connaître pour le diagnostic des rétrécis-ents en particulier, que ces derniers ont des caractères et des conditions niques qui ont la plus grande analogie avec ceux des OBLITÉRATIONS et des -USIONS. La *compression* extérieure des conduits par des tumeurs ou par tres causes, les *lésions de leurs parois* et en particulier leur épaississe-t, et les *cicatrisations* succédant à des lésions ulcératives de leur membrane ne, enfin l'*obstruction* incomplète de leur cavité par des *corps étrangers* enus dans leur intérieur : telles sont les origines variées des rétrécisse-ts.

ns l'*appareil vasculaire*, les *rétrécissements des orifices du cœur* sont mement importants en pathologie. Mais comme leur diagnostic est impos- sans la constatation des souffles cardiaques qui les caractérisent à l'aus-tion, c'est à l'article SOUFFLES que j'ai traité de leur diagnostic. Il a été tion également ailleurs du *rétrécissement de l'*ARTÈRE PULMONAIRE (*Voy.*), et implicitement du *rétrécissement des artères* à propos des OBLITÉRA-S VASCULAIRES. Je renvoie au mot RÉTENTIONS pour les rétrécissements s des *voies urinaires et génitales;* en sorte que je n'ai à m'occuper en culier que des *rétrécissements des voies respiratoires*, et de certains *écissements des voies digestives*. Une tumeur peut également comprimer la hée, comme Moissenet en a rapporté un exemple (*Soc. des hôpit.*, 1864).

.— Du côté des *voies respiratoires*, les rétrécissements en amont des rami-ions bronchiques produisent, soit une *dyspnée* plus ou moins intense, soit *asphyxie* plus ou moins rapide.

e rétrécissement peut exister au niveau des *fosses nasales* des enfants eau-nés, par suite du gonflement inflammatoire de la pituitaire dans le coryza nse. C'est ce qui rend cette affection plus grave dans le premier âge qu'à adulte; il en est de même de certaines pharyngites dans les mêmes con-ns.

e *spasme de la glotte*, qui se rencontre principalement aussi chez l'enfant, *ème de la glotte*, qui est au contraire plus fréquent à l'âge adulte, la *yngite simple intense*, la pénétration d'un corps étranger dans le larynx, urtout le développement de *pseudo-membranes* dans cet organe (croup), ent aussi en rétrécissant et obstruant les voies respiratoires supérieures, l'asphyxie souvent rapide qui en résulte. — En l'absence de ces différentes itions pathologiques, il peut arriver que la *cicatrisation* d'une ulcération héale [(ordinairement syphilitique) rétrécisse l'air de ce conduit au point ener une asphyxie lente, qui, à un moment donné, peut causer très-rapi-ent la mort, comme l'ont démontré des faits rapportés par Moissenet et a. Plus récemment U. Trélat, à propos de la tranchéotomie dans les lésions ilitiques des voies respiratoires (*Gaz. hebd.*, 1869), a fait une bonne étude rétrécissements de cette nature. Les lésions syphilitiques sont d'autant fréquentes qu'on se rapproche davantage de la partie supérieure de l'ar-érien; mais toutes ne produisent pas le rétrécissement. Habituellement le écissement s'annonce par une gêne respiratoire lentement croissante jus-ce que les accès de suffocation surviennent. Il faut qu'on sache que le cissement de la trachée est le plus rare, puisqu'on n'a pu en réunir que



ceux des voies aériennes situées au-dessous. La dyspnée cro
sont la marche presque fatale des rétrécissements de la tra

Les mêmes résultats, la dyspnée croissante et l'asphyxie
comme les principaux signes de la compression de l'origin
des tumeurs du médiastin, et notamment par des *tumeur*

6. — Les rétrécissements des *voies digestives* sont extrê
Je ne fais que rappeler ceux qui résident au niveau de la *b*
séquences de la cicatrisation consécutive à la gangrène bucc
(p. 129) et le rétrécissement du *pylore* par suite d'un c
d'où résulte la dilatation morbide de cet organe (*Voy.* Dil.
Mais je dois entrer dans de plus grands détails au sujet d
de l'œsophage et de l'intestin.

A. — *Rétrécissements de l'œsophage.*

Outre les nombreuses observations de rétrécissements di
qui ont été publiées, il a paru deux monographies important
Mémoire de Mondière publié dans les *Archives de médecine*
clinique de Béhier, qui est la plus complète qui ait été faite
ressant. Ce travail est basé sur 161 observations, la plu
différents observateurs.

Ces rétrécissements se diagnostiquent d'après un petit
gêne dans un point fixe de l'œsophage, avec *sentiment de*
tant après l'ingestion des aliments; *difficulté de la déglu*
solides d'abord, puis des liquides; *rejet des aliments*, soit i
deux ou trois heures après, tantôt sans efforts, tantôt avec e
vant faire craindre la suffocation ; à un moment donné, rare
passage d'une portion des aliments à travers le rétrécissem
tillière (Cassan); rarement aussi, sorte de roulement répété
ment sourd attestant la difficulté du passage; enfin une *son*
introduite dans l'ŒSOPHAGE, constate, à une profondeur pl
un *obstacle qui l'arrête*, et qui tantôt est facilement fran
taine résistance, et tantôt ne permet pas le passage de l

apportés par les auteurs au rétrécissement de l'œsophage, parce qu'ils sont uement dus à la lésion qui produit ce rétrécissement. Parmi ces différents s, il en est qui se rattachent aussi bien au rétrécissement de l'œsophage la DILATATION immédiatement supérieure qui en est la conséquence. Ce sont signes connexes.

rétrécissement étant reconnu, quelle en est la cause anatomique? Tel est int capital du diagnostic qui, dans certains cas, présente d'assez grandes ultés. — Les antécédents suffisent parfois pour éclairer la question : l'in-ction d'un *corps étranger* ayant déterminé dans l'œsophage une *inflam-on* de longue durée, comme l'ingestion de *liquides âcres et caustiques*, , en effet, suivie de rétrécissements bien constatés. Peut-être en a-t-il e même à la suite de l'ingestion de *liquides très-chauds* ou d'aliments nts. — Mais de toutes les lésions, le *cancer de l'œsophage* et les *tumeurs* ses qui peuvent comprimer plus ou moins fortement ce conduit, sont de coup les plus fréquentes. On a considéré aussi comme causes de cette com-ion les anévrysmes de l'*aorte*, les engorgements des *ganglions lymphati-* du médiastin, les *abcès* aigus voisins de l'œsophage, l'hypertrophie consi-le de la *glande thyroïde*, l'engorgement et l'endurcissement du *thymus*. rencontré des faits dans lesquels des rétrécissements de longue durée se ituaient à l'autopsie en une simple diminution partielle du calibre de l'œso-e sans cicatrisation apparente. Ch. Bernard en a rapporté un intéressant ple (*Union méd.*, 1856), et ce fait n'est pas le seul. Quelle que soit l'ex-tion de ces faits, ils sont réels et ne doivent pas être perdus de vue dans le ostic du rétrécissement œsophagien. — West, de Birmingham, a publié des de rétrécissements syphilitiques (*Dublin quart. journ.*, 1860).

urrait-on confondre le rétrécissement avec d'autres lésions de l'œsophage? *asme de l'œsophage* pourrait peut-être induire en erreur, si cette affec-ne se manifestait pas irrégulièrement par des accès passagers, tandis que trécissement a ordinairement des symptômes continus. Cependant il faut 'on sache, ainsi que l'a fait observer Mondière, qu'il a été cité des faits de cissement œsophagien (Heineken, J.-J. Leroux) dans lesquels des rémis- assez longues des accidents ont pu faire croire momentanément à la gué-. Béhier a insisté sur les rémissions de ce genre, qui peuvent rendre le ostic plus dificile.

faut prévoir une issue funeste lorsqu'il existe une lésion à marche néces-ment progressive et envahissante, telle que le cancer; dans tous les cas, en ot, où l'ingestion des aliments devenant insuffisante ou impossible, l'inani-entraîne nécessairement la mort.

. — *Rétrécissements de l'intestin.*

tte affection est assez rare. Elle doit être considérée, hors les cas de rétré-ment congénital, comme la conséquence d'une affection antérieure. Il n'est tion ici que des rétrécissements dus à une lésion des tuniques intestinales, on de ceux qui résultent de leur compression ou de leur étranglement, nt j'ai parlé à l'article OCCLUSION INTESTINALE.

e *constipation* habituelle plus ou moins opiniâtre, alternant avec une *rhée* abondante, la tension, le *ballonnement* du ventre, qui est quelquefois *lé* par suite de la dilatation des anses intestinales par des gaz, le *hoquet*, *nausées*, des *vomissements* alimentaires ou bilieux : tels sont les signes muns aux rétrécissements intestinaux. Si le rétrécissement occupe le rectum, un sentiment de *pesanteur* vers le périnée, *dysurie* due à la compression a vessie par des matières fécales, selles comme *rubanées*, et, par le toucher



t. XXIV). Louis (*Rech. sur la phthisie*) a démontré qu'il en ét
ıniquement chez des tuberculeux. Peut-être doit-on admettre
parmi les affections ulcéreuses qui entraînent le rétrécissement
soigné, il y a environ une quinzaine d'années, un malade d'une
démique grave, à la suite et depuis laquelle il a été constamm
alternatives de constipation et de diarrhée porracée, que je ne
qu'à un rétrécissement par cicatrisation d'ulcérations dysentéri
habituellement chancelante depuis, se soutient néanmoins, a
plus grave de rétrécissement, sauf parfois quelques nausées et
lonnement du ventre, n'étant survenu. On a vu aussi des rétré
cicatrisation succéder à l'élimination d'une anse intestinale i
rétrécissement être alors suivi de mort. Enfin il peut exister u
sans traces de lésion, cicatricielle ou autre, analogue à ceux d
que l'on a rencontrés quelquefois au niveau de l'œsophage. J'e
exemple (p. 608) (*Voy.* Duchaussoy, *Anatomie pathologiqu*
ments internes, 1860).

Le rétrécissement intestinal, dont la marche est chronique et
terminée, est d'autant plus grave qu'il diminue davantage la cap
intestinal, et qu'il occupe une partie plus éloignée du rectum.

RHINORRHAGIE. — *Voy.* ÉPISTAXIS.

RHUMATISME. — Cette affection, multiple dans ses m
l'une des plus fréquentes que le praticien soit appelé à traiter,
une grande importance au point de vue du diagnostic. Sa nature
bien connue. Aussi est-il difficile de bien déterminer la valeu
manifestations symptomatiques qu'on a rapportées au rhumatis
stituent un ensemble d'affections douloureuses aiguës ou chroni
lations, des muscles, des nerfs, des tissus séro-fibreux et de la
cères. C'est ainsi qu'on a considéré comme *rhumatisme de l'u*

Rhumatisme articulaire.

faits de rhumatisme que l'on rencontre dans la pratique sont tantôt aigus, chroniques.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Éléments du diagnostic. — Les symptômes qui révèlent l'existence du atisme articulaire aigu sont locaux ou généraux. — Les premiers se con- t principalement au niveau des grandes articulations, qui sont le siége *douleur* spontanée supportable dans le repos, mais devenant intolérable moindre mouvement, par la pression ou même au simple contact. A cette ur se joignent un *gonflement* sensible, surtout au niveau des articulations ficielles, une *coloration rosée*, diffuse, qui est loin d'être constante, et une *ur* plus ou moins élevée. L'intensité de ces symptômes est très-variable. en est de même des phénomènes généraux ou fébriles, qui peuvent man- t peu près complétement (rhumatisme articulaire sub-aigu), ou bien offrir ntensité plus ou moins grande, sans être toutefois aussi prononcée que a fièvre typhoïde, la pneumonie ou les fièvres éruptives, ainsi que l'a con- Louis, qui n'a vu le pouls dépasser 90 pulsations que dans des cas excep- ls. La chaleur de la peau est en même temps élevée, et les *sueurs sont très- entes*, parfois même *très-copieuses ;* dans certains cas, on constate une *ion miliaire* aux parties supérieures du tronc. La céphalalgie est assez il y a la nuit des *réveils en sursaut* provoqués par les mouvements sponta- ui se produisent; la langue est quelquefois blanchâtre, la bouche pâteuse, lutition difficile; il y a souvent de la constipation. Enfin il y a dans cer- cas de la *dysurie,* ce qui peut tenir à ce que les contractions de la vessie ouloureuses, ou bien aux qualités irritantes de l'urine; celle-ci est foncée uleur, elle se trouble très-vite par le refroidissement et laisse déposer un ent plus ou moins abondant.

re ces éléments symptomatiques, il existe une foule d'autres données dia- ques dont il sera question chemin faisant.

nductions diagnostiques. — Dans l'exposé des éléments du diagnostic du tisme articulaire aigu, je n'ai pas parlé de *prodromes.* Suivant Lasègue *é des angines*, 1868), il y aurait des phénomènes prodromiques qui lui t plusieurs fois prévoir l'invasion prochaine d'un rhumatisme de ce genre ; stituent l'*angine rhumatismale aiguë.* Il n'a jamais vu cette angine se pper dans le cours de la maladie principale, mais auparavant, dans la e prodromique ou plutôt d'*incubation.* La fièvre se montre d'abord, et mières vingt-quatre heures, le plus souvent au réveil, la déglutition est reuse, avec sensation d'âpreté et de sécheresse au niveau du voile du il y a une *rougeur diffuse* des piliers des amygdales, avec plus ou moins *me de la luette.* Cette affection locale s'immobilise ou s'étend; mais au e quelques jours, la fièvre s'abaisse et la convalescence arrive, sans ap- le bien-être ni l'appétit. Ce n'est que plusieurs jours après, que le rhu- ie proprement dit se déclare. Cette angine prodromique ou d'incubation, la dénomme Lasègue, n'est sans doute pas constante, car elle n'a pas rite par d'autres observateurs.

considérer que les phénomènes locaux articulaires, avec ou sans fièvre, ble en théorie que le diagnostic du rhumatisme articulaire ne doive rir de difficulté. Mais il n'en est pas ainsi au lit du malade, comme on ra plus loin. Non-seulement il faut tenir compte des douleurs articu- avec gonflement et parfois rougeur, mais encore de la pluralité des ations atteintes, et surtout de la *mobilité* des phénomènes locaux arti-

symptômes locaux; et dans d'autres enfin, le mouvement f
noncé, tandis que les phénomènes articulaires sont peu acc

Les trois périodes d'augment, d'état et de déclin que l'o
marche du rhumatisme articulaire sont rarement aussi régu
en effet, n'est pas toujours exactement continue : il y a des réc
descences fréquentes du côté des symptômes, tantôt locaux
tantôt des deux côtés simultanément; en outre, peu d'affec
récidives aussi fréquentes.

Ces diverses particularités ne doivent pas être perdues d
souvent caractéristiques. Il en est de même des *causes* de la
quelles l'*hérédité* comme prédisposition, et l'*action du fro*
prolongé (Chomel et Requin), le corps étant en sueur, occup
Il ne faut pas toutefois prendre le mot *froid* dans un sens
matisme articulaire aigu est inconnu dans les régions pola
pays tempérés qu'on le rencontre communément, car on
plus dans les pays tropicaux que dans les pays très-froids. U
qu'il est bon de connaître, a été signalée par Blache; c'est
qui détermina, dans les vingt-quatre heures, une fièvre inter
matisme articulaire aigu chez une dame qui avait déjà été
teinte de la même maladie (*Soc. des hôpit.*, 1867).

Certaines maladies qu'il faut connaître peuvent donner lieu,
servateurs, à un véritable rhumatisme articulaire; mais la con
observée dans ces circonstances n'a bien souvent que les appare

Si l'on doit admettre que c'est le vrai rhumatisme qui e
déclin de la scarlatine, ainsi que Pidoux l'aurait constaté,
que des arthrites non rhumatismales dans les phénomène
montrent dans la *blennorrhagie*, et dans les condition
produit la PHLÉBITE (accouchement récent, fièvre puerpé
— Si alors les symptômes articulaires occupent une seul

s maladies avec phénomènes articulaires simulant le rhumatisme aigu, trent encore dans la pratique. On ne saurait donc trop recommander s se prononcer à la légère pour l'existence du rhumatisme, lorsque : s'annonce pas franchement par un ensemble de données parfaitement ées. Outre la *blennorrhagie* et l'*infection purulente*, en effet, je dois ;naler la *morve* ou le *farcin* (p. 649), la *contracture idiopathique* des s (p. 233), l'*hémophilie* (p. 475), comme s'accompagnant de phéno- iculaires *qui peuvent facilement en imposer pour des rhumatismes res aigus*, et qui doivent être particulièrement signalés. Borchard a t appelé l'attention sur les douleurs scapulo-humérales aiguës pouvant e rhumatisme articulaire, et que l'on voit survenir par suite d'*abus ements* chez les menuisiers débiles (*Union méd.*, 1859, t. IV, p. 373). n doit à Benj. Ball d'avoir décrit des *arthropathies* pouvant simuler le ne articulaire aigu, et qui sont consécutives à l'*ataxie locomotrice ve* (*Gaz. des hôpit.*, 1869). Il faut d'autant plus se méfier des faits de que les malades peuvent se présenter pour se faire soigner de l'affec- ulaire, en ignorant l'existence de l'ataxie. C'est en général vers la fin nière période de l'ataxie locomotrice, et au début de la seconde, que nts articulaires font leur apparition. Sur 18 cas d'arthropathies réunis il en a compté 11 ayant occupé l'un des genoux ou les deux, 3 l'épaule es articulations métacarpo-phalangiennes, et enfin une fois le coude, et fois l'articulation coxo-fémorale. *Dans tous les cas*, le début a été brus- s prodromes. L'absence de fièvre, de rougeur et de douleur est un carac- iel, mais non constant. Un *gonflement* u membre, plus prononcé au niveau de : malade, où se fait un épanchement noviale, signale l'invasion. Cet état ne is longtemps, mais le gonflement arti- sparaît lentement. L'hypertrophie et se succèdent au niveau des parties voi- jointures, surtout aux genoux, comme la figure 230. Quelques jours suffisent ier, dans les articulations envahies, tres irréparables. Aussi la tuméfaction se développant dans une articula- entôt suivie d'hydarthrose, pourra fa- aire croire à l'invasion d'un rhuma- , erreur que la recherche de l'ataxie e progressive fera seule éviter. Dès ipçonnera la véritable cause de l'ar- , les particularités de l'affection articu- elées tout à l'heure faciliteront gran- diagnostic. Ces arthropathies laissent leur suite des altérations permanentes it faire croire à un rhumatisme chro- nme on le verra plus loin.



Fig. 230. — Arthropathie des deux genoux dans l'ataxie locomotrice progressive (Benj. Ball).

nostiquant le rhumatisme articulaire aigu, on constate en même forme et son *degré d'intensité*. — A ce dernier point de vue, il y a forme *subaiguë*, dans laquelle les symptômes locaux peuvent être peu et très-supportables, et les symptômes généraux nuls ou à peu près forme *très-aiguë* avec symptômes locaux et généraux très-intenses.

dévoiler l'essence de son principe.

Ce principe a été considéré comme généralisé dans l'organism manifestations diverses et variées qui peuvent survenir sous son de nombreuses *complications* que l'on peut voir apparaître da rhumatisme articulaire, mais qui, sans la coexistence des manif laires au lit du malade, ne pourraient pas être rattachées à leu gine. — En première ligne se placent les inflammations des cœur (*endocardite* et *péricardite*) sur lesquelles Bouillaud a p attiré l'attention dans ces dernières années. Ces complications de préférence chez les jeunes gens (de quinze à trente ans), co les recherches analysées dans le troisième volume des *Mémoire d'observation*. Des bruits anomaux avaient existé chez enviro sujets. Mais ces bruits anomaux sont parfois des souffles *anémi mie* elle-même est, en effet, une complication du rhumatisme longé qui est assez fréquente, surtout si les malades ont ét saignés. — La *pleurésie* est une complication qui n'est pas trè de même de la *pneumonie* et de la congestion pulmonaire. Mai considérées ici comme devant être attribuées au rhumatisme, apparence en rien des congestions, des pleurésies et des pn loppées en dehors de cette affection. La même remarque doit l'*angine* et la *néphrite* (p. 664) dites rhumatismales, qui sont au ment rares, comme le sont la *sciatique* et la *dysenterie* appelée *matisme des intestins*. On a encore signalé, comme complicati quences du rhumatisme, la GLOSSITE (p. 440), la *congestion* (J. Frank), la *dyspepsie* flatulente (Chomel), la *folie* (Coplan *contractures* ou les *paralysies* locales, la *dermalgie*. L'*éryth* des *éruptions* cutanées diverses (outre la miliaire), la *blenn virulente*, ont encore été rattachés à la diathèse rhumatismale complication, mais qui n'est pas spéciale au rhumatisme, puisqu'

laquelle est apparue une tumeur de ce genre, du volume d'une noi-, en dehors du poignet gauche et au niveau du tendon de l'extenseur du ce.

ne autre complication, bien plus grave que les précédentes, et qui mérite ialement d'attirer l'attention, puisqu'elle entraîne presque constamment la , consiste dans des accidents particuliers qui surviennent du côté du cer-, et que l'on a appelés *rhumatisme cérébral*, *ataxie rhumatismale* (Vigla). ociété médicale des hôpitaux s'est occupée à diverses reprises de cette tion dans les derniers temps, et a reçu des communications nombreuses de in et Gosset, H. Bourdon, Vigla, Gubler, G. Sée, Marrotte, Moutard-Martin, moi-même. Suivant A. Ollivier et L. Ranvier, il y aurait en pareil cas, le cerveau et les méninges, des lésions analogues à celles des articulations *cit.*). Lorsque, dans le cours d'un rhumatisme articulaire, quelle que son intensité, mais le plus souvent lorsqu'il est fébrile, on voit survenir *élire* avec ou sans céphalalgie, en même temps que les mouvements des ulations malades deviennent beaucoup plus faciles ou complétement libres, oit craindre qu'il ne se développe des symptômes cérébraux graves. Le dé-qui n'existe d'abord que dans les paroles et qui quelquefois ne se montre la nuit, s'aggrave; il survient de l'agitation, du coma, et ordinairement le de succombe plus ou moins rapidement, rarement en moins de deux es (H. Bourdon, Woillez), plus souvent en quelques jours. La mort a été rminaison presque constante, après une durée des accidents qui a varié *deux heures* et quelques jours. Un simple propos délirant, même acci-el et dont le malade lui-même peut avoir d'abord conscience, comme j'en servé un cas, sera donc considéré comme un des signes les plus fâcheux l'on puisse observer dans le cours du rhumatisme. La cause de cette terri-omplication n'est pas parfaitement connue; on l'avait légèrement attribuée à ploi du sulfate de quinine à hautes doses dans le rhumatisme, parce que ce cament donne lui-même lieu à des troubles cérébraux, mais les faits ont nti cette interprétation. Je suis porté à croire que l'on attribue quelquefois humatisme des troubles cérébraux, suivis de mort, qu'on devrait rapporter plus de raison à la miliaire qui accompagne si souvent le rhumatisme. Cette ire en effet peut être assimilée à la *suette*, qui produit quelquefois des ents nerveux absolument semblables, et rapidement mortels dans certains J'ai en ce moment sous les yeux à Lariboisière une femme convalescente de atisme articulaire aigu grave, qui s'est accompagné d'une miliaire rouge ralisée très-intense, avec sueurs profuses, et que je crois devoir rap-her des faits dont il vient d'être question. Ma malade, après vingt-quatre es de délire avec liberté concomitante des articulations atteintes, a guéri s l'emploi du musc à l'intérieur et des applications réitérées de sinapismes es articulations, où la gêne est revenue avec la disparition du délire. Lebert reslau) a rapporté deux faits de rhumatisme dit cérébral, suivis de mort, mpliqués aussi de miliaire intense, qui pourrait bien suffire pour expliquer ccidents cérébraux (*Arch. de méd.*, 1861, t. XVII). Il faut d'ailleurs se r de confondre les accidents cérébraux du rhumatisme avec l'agitation et élire fébrile accidentel et passager survenant dans certains rhumatismes, ans les arthrites purulentes de la pyémie.

a a signalé encore, comme complications, des *douleurs musculaires* des bres ou du tronc, douleurs qui, pour être vraiment de nature rhumatismale, ent présenter les caractères que je rappellerai plus loin à propos du rhuma-e musculaire.

3° *Pronostic.* — Le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est favorable dans la plupart des cas, et ce n'est que très-rarement que l'on voit survenir la mort. Il est d'ailleurs très-difficile de prévoir quelle sera la durée de la maladie; aussi le médecin doit-il être très-réservé sur cette question. Chomel a fixé cette durée à trois septénaires, Macleod à quatre semaines environ, en indiquant comme durées extrêmes dix et cent douze jours (*Med. chir. review*, 185…)

La terminaison fatale a lieu par suite d'une complication, le plus souvent par suite d'une complication cérébrale, et exceptionnellement par le fait d'une endocardite, au moins d'une manière aiguë. Des cas de guérison des accidents cérébraux ont cependant été rapportés par Marrotte, Moutard-Martin, Stattler (de Mulhouse); Gubler en a trouvé un dans Giannini, et j'en ai rencontré un autre dans un Mémoire de A. Robert (de Chaumont) sur la fièvre miliaire (18…). Ces complications, du moins celle du côté du cerveau, surviennent quelquefois en même temps que les phénomènes articulaires disparaissent complétement, comme je l'ai dit précédemment, dans de prétendues métastases; je dis prétendues, la métastase étant considérée comme un transport de l'*humeur rhumatismale* des articulations à un viscère.

B. Rhumatisme articulaire chronique.

1° *Éléments du diagnostic.* — En élaguant autant que possible dans la description des auteurs ce qui est étranger au rhumatisme articulaire chronique, on reconnaît que la maladie se présente dans deux conditions différentes au point de vue des symptômes. — Une première forme, la plus légère, mais en même temps très-fréquente, consiste en de *simples douleurs* au niveau des articulations, qui ne sont ni gonflées, ni déformées. — Dans la seconde, au contraire, il y a *gonflement irrégulier* des articulations atteintes, et atrophie des parties voisines par suite de leur immobilité prolongée, d'où résultent des *déformations* péri-articulaires plus ou moins prononcées, suivant l'ancienneté de la maladie. La peau conserve sa *couleur* et sa *chaleur* naturelles, sauf dans les cas de recrudescence aiguë; la *douleur*, rarement continue, est fréquemment nulle dans l'immobilité, mais elle devient insupportable dès que l'on fait exécuter des mouvements un peu forcés; enfin il peut arriver qu'en imprimant des mouvements aux extrémités articulaires, on constate une *ankylose* ou une sensation de *frottement* dépendant de lésions plus ou moins profondes des surfaces articulaires. Il n'existe pas de symptômes généraux, à moins qu'il ne survienne des eschares comme complication.

2° *Inductions diagnostiques.* — Quoique ces phénomènes paraissent suffisants pour bien caractériser le rhumatisme chronique articulaire, il serait aisé de le confondre avec d'autres affections localisées aussi au niveau des articulations, si l'on ne tenait pas compte de l'ensemble des particularités qui se rattachent à la maladie, et notamment de sa marche et de son origine.

En premier lieu, la pluralité ou la multiplicité des articulations envahies par le rhumatisme chronique, suffit pour le distinguer des affections mono-articulaires de longue durée. En second lieu, la mobilité lente des phénomènes locaux disparaissant d'une articulation pour se porter sur une autre, quelquefois pendant un assez long temps, avant de se fixer d'une manière définitive, constitue un genre d'évolution dont il faudra tenir grand compte; malheureusement il n'est pas constant. La marche de l'affection est du reste variable suivant les faits, qu'il y ait de simples douleurs à retours plus ou moins fréquents sous l'influence du froid, ou bien que les articulations soient le siége d'un gonflement plus ou moins douloureux et à marche continue. — Une donnée étiologique très-importante à rechercher est celle de l'existence, au début, d'un rhumatisme

ılaire aigu ; c'est, en effet, un commémoratif d'une très-grande valeur ostique. Si la maladie est chronique d'emblée, l'étiologie est plus vague lans les cas aigus, mais d'ailleurs la même.

squ'il n'existe que des douleurs articulaires sans déformation, on pourrait à des ARTHRALGIES de nature diverse, ou bien à des douleurs peu intenses VRALGIE, dont on rejettera cependant l'existence en l'absence des *foyers* ureux sur le trajet des nerfs, au niveau des articulations et en dehors s.

and il y a des déformations articulaires, on peut croire à la goutte si elles ent les petites articulations des extrémités, ou bien, si les autres articus sont envahies, à des tumeurs blanches ou à des affections d'une autre e. — Quant à la *goutte*, j'ai rappelé ailleurs (p. 453) qu'il existait des cas lesquels elle attaquait de grosses articulations (cou-de-pied, genoux). D'un côté, il y a des rhumatismes chroniques qui occupent les petites articula- Lorsque, dans de semblables circonstances, les antécédents et l'évolution ulière de la maladie n'élucident pas la question, il y a nécessairement imilité de se prononcer pour l'une ou l'autre affection.

la rencontre des faits de ce genre est résulté ce qu'on a appelé *rhuma- goutteux*, par une sorte de compromis qui énonce la difficulté sans la dre, mais qui ne fait qu'exprimer l'opinion des observateurs, relativement ombreux, qui admettent, avec Chomel et Requin, que la goutte et le rhune sont une seule et même affection. Nous reviendrons tout à l'heure sur orme de rhumatisme chronique.

distingue le rhumatisme articulaire chronique d'une *tumeur blanche* en celle-ci ne s'endolorit que lentement, et qu'elle existe ordinairement sur le même individu, tandis que le rhumatisme présente des caractères és. Ce n'est que lorsqu'il y a une hydarthrose rhumatismale occupant une articulation, et absence de données anamnestiques suffisantes pour ré- la question, que l'on pourrait croire plus aisément à une tumeur blanche, uctuation et la déformation n'étaient pas régulières dans le premier cas, que, dans le cas de tumeur blanche, la résistance du gonflement est élas- t la fluctuation toujours partielle lorsqu'elle existe. — On n'oubliera pas *arthrite simple* laisse presque toujours après elle une raideur parfois ouloureuse lorsqu'on veut forcer les mouvements de l'articulation malade, r qui pourrait en imposer pour un rhumatisme articulaire chronique. itation habides symptôntérieurs et à une seule ation ne per- pas d'er- — Il en se- même des *pathies* qui iquent l'a- locomotrice ssive et qui uent des lé- articulaires gue durée. La figure 231 se rapporte à un malade dont Ball (*loc. cit.*) observation à Second-Féréol, et qui présentait une arthropathie de l'ar-



Fig. 231. — Arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du l'annulaire gauche (Benj. Ball).

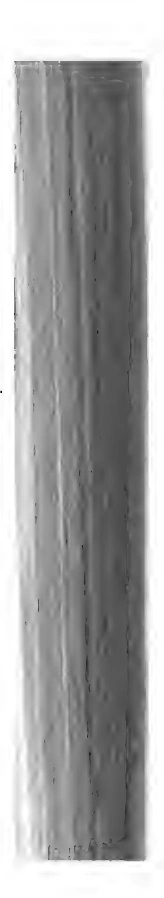




Fig. 232. — Partie supérieure de l'humérus sain.



Fig. 233. — Véritable atrophie de la tête de l'humérus produite par l'ataxie locomotrice (Ball).

que l'on attribu
tisme ce qui sera
Mais il est bien r
attaque les os lo
leurs extrémités
même dans ce c
chaleur et mêm
peuvent surveni
dans un point limité, et si l'affection a provoqué un épanchem
tuméfaction générale de toute l'articulation, la douleur ne se f
sentir que dans un point particulier. De plus, à égalité de so
matisant ne pourra pas remuer le membre malade, et le véro
gardera tous ses mouvements (Chomel et Requin); de plus,
les circonstances anamnestiques révèleront l'existence antér
vénériens qui seront pour le diagnostic un trait de lumière —
encore prendre pour des douleurs rhumatismales chroniques
l'*intoxication saturnine* (p. 572), de l'*ostéomalacie* (p. 70

Le rhumatisme articulaire chronique étant reconnu, il se
préciser l'*état anatomique* des articulations atteintes. Suivan
été observés, il n'existerait pas d'altération notable lorsque la
flement et la déformation n'ont pas été considérables et que
sont encore possibles dans de certaines limites. Mais les craq
au toucher, qui accompagnent ces mouvements dans certains
qu'il y a une altération plus ou moins profonde des surfaces
cartilages ou même des extrémités osseuses. Enfin l'ankylose i
tion de ces lésions par soudure des surfaces de l'articulation.

Les formes du rhumatisme articulaire chronique sont asse
opposées en apparence dans leurs caractères pour qu'on en
tions différentes. Charcot insiste avec raison pour qu'elles

subaigu ou partiel. Son diagnostic est facile, car il occupe presque exclusi- les petites articulations des mains et des pieds, et y produit des déforma- aractéristiques. Ces déformations, *chez les jeunes sujets*, consistent en s et extensions des phalanges les unes par rapport aux autres, avec subluxa- elles dépendent des douleurs spasmodiques et des rétractions musculaires. s sujets plus âgés, les déformations résultent de déviations plus prononcées, osités articulaires, avec subluxations et déviation des doigts, nodosités avec lles l'atrophie des muscles des extrémités contraste d'une manière remar- . La destruction des cartilages diarthrodiaux, la production de végétations es, et la raréfaction du tissu osseux des extrémités articulaires, sont les lé- rincipales que produisent ces déformations articulaires, et qui sont suivies lose complète ou incomplète. Le développement symétrique de ces défor- s différencie ce rhumatisme de la goutte, de même que son début plus nt par une grosse articulation, et l'absence de la diathèse urique (Charcot). matisme noueux peut se généraliser d'emblée assez rapidement, ou avoir olution lente. L'évolution rapide se remarque chez les jeunes sujets, et npagne d'abord de fièvre, avec rougeur et tuméfaction des jointures, et t avec complications cardiaques. L'évolution lente s'observe chez les âgés de 40 à 60 ans. Très-rarement elle a pour point de départ un tisme articulaire aigu. Enfin, suivant Charcot, cette espèce de rhuma- n'est pas toujours concentré sur les jointures ; il peut se manifester aussi affections viscérales, qui sont tantôt semblables à celles du rhumatisme tantôt propres au rhumatisme chronique, comme l'*ophthalmie* et la *ite albumineuse*. Cornil (*Gaz. méd.*, 1864) signale la coïncidence des es du cœur, spécialement la péricardite aiguë ou chronique, de la cystite, yélo-néphrite, et, à une période avancée, d'une dyspepsie (inappétence, ements, diarrhée), d'où résulteraient une cachexie et des eschares éneuses. Mais l'influence du rhumatisme sur toutes ces affections n'est ffisamment démontrée.

'est pas très-rare de voir des *névralgies compliquer* le rhumatisme aire chronique; elles ont même été considérées comme une manifestation ncipe rhumatismal, mais c'est surtout dans le cours du rhumatisme mus- que l'on est exposé à les rencontrer. Enfin on a attribué à la diathèse tismale la production de certaines *blennorrhagies non virulentes*, et, ne certaine mesure, celle de la *chorée* (Copland, Sée). Les *ankyloses*, ue les *eschares*, qui peuvent se former dans les cas d'immobilité absolue lades, et qui entraînent ordinairement une issue funeste précédée de *hectique*, sont encore des complications que l'on peut observer dans le de cette maladie, lorsqu'elle a une certaine gravité.

Pronostic. — Le rhumatisme articulaire chronique est souvent très-re- mais il n'est pas funeste par lui-même, quoi qu'en aient dit les auteurs nt confondu avec certaines tumeurs blanches. Seulement, le décubitus gé et forcé sur une partie, par suite des douleurs articulaires, peut pro- r la formation d'eschares que je viens de rappeler, et qui peuvent en- r la mort. On a cité de nombreux exemples de guérison de rhumatisme laire chronique.

Rhumatisme musculaire.

Éléments du diagnostic. — Aigu ou chronique comme le rhumatisme arti- , il a pour caractère essentiel la *douleur vive qui accompagne les con- ons des muscles affectés;* il en résulte que les mouvements que ces es déterminent se trouvent arrêtés brusquement et arrachent des cris et des

plaintes au malade, souvent préoccupé de chercher une position non douloureuse, et qui est justement celle dans laquelle les muscles atteints sont dans le relâchement. La douleur devient alors très-supportable ou disparaît momentanément, jusqu'à ce que des contractions volontaires ou involontaires viennent la réveiller. C'est le plus souvent la nuit que surviennent des paroxysmes de cette espèce, dans lesquels il y a aussi des douleurs spontanées lancinantes analogues à celles des névralgies, sans cependant qu'elles en aient la rapidité. Outre la douleur par les mouvements, la douleur spontanée, et les paroxysmes qu'elles présentent, on leur reconnaît, dans un certain nombre de cas, une *mobilité* analogue à celle du rhumatisme articulaire. Il n'exite d'ailleurs aucun phénomène extérieur (rougeur ou tuméfaction) au niveau des muscles affectés. Si j'ajoute que le rhumatisme peut n'atteindre qu'un seul muscle ou s'étendre à un plus ou moins grand nombre, et que la douleur cause parfois une *insomnie* complète et très-rarement quelques légers *troubles fébriles*, principalement au début (horripilations, chaleur, malaise, céphalalgie), j'aurai énuméré les symptômes les plus importants du rhumatisme musculaire en général.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'on est en présence d'un rhumatisme musculaire aigu caractérisé par les douleurs qui lui sont propres, on observe que sa marche est continue, avec des exacerbations irrégulières et parfois avec la mobilité qui a été rappelée tout à l'heure; sa durée est ordinairement de quelques jours, au plus de quelques semaines, mais avec des rémissions bien tranchées. Lorsqu'il est chronique, les rémissions sont plus prononcées encore, et parfois même complètes pendant un temps plus ou moins long. — Si l'on cherche à remonter aux causes de la maladie, on constate les mêmes que pour le rhumatisme articulaire.

Le rhumatisme musculaire ne peut être confondu sans inattention avec la MYOSITE, l'inflammation des muscles étant caractérisée par une douleur d'une extrême intensité, par l'impossibilité absolue des contractions, par l'absence de toute rémission, par le gonflement douloureux et parfois par la rougeur au niveau du muscle affecté. — Mais c'est surtout avec les douleurs spéciales considérées comme musculaires dans l'*hystérie*, que le rhumatisme peut facilement être confondu (p. 540). — Il en est de même des douleurs *névralgiques*, d'autant mieux que le rhumatisme musculaire a été considéré comme une névralgie des branches musculaires des nerfs (Valleix), et que les deux affections peuvent ou alterner ou exister simultanément. Toutefois l'absence des foyers névralgiques à la pression sera la preuve qu'il ne s'agit nullement d'une névralgie. — Enfin, dans des cas rares, on pourra hésiter entre l'existence d'un rhumatisme musculaire ou *articulaire*. J'ai vu une femme atteinte d'un rhumatisme aigu siégeant au niveau des muscles de l'épaule et de la plupart de ceux du membre supérieur, et chez laquelle je constatai, avec la difficulté extrêmement douloureuse des mouvements, la sensibilité des muscles à la pression, et l'absence de toute douleur articulaire lorsque, en disant à la malade de s'abandonner autant que possible à elle-même, j'imprimais de légers mouvements au bras dans l'articulation scapulo-humérale, ou à l'avant-bras sur le bras. Il était évident que les articulations étaient libres.

Le rhumatisme musculaire étant reconnu, son *siége* sera par cela même déterminé; mais ce siége peut donner lieu à des particularités nécessaires à rappeler.

a. — Dans le rhumatisme du muscle *occipito-frontal* recouvrant la région épicrânienne (*rhumatisme épicrânien*), la douleur occupe l'occiput, le front

ciput, et se fait principalement sentir quand on fait mouvoir le cuir che- en dehors des mouvements, cette douleur constitue une espèce de céphal- qu'il ne faut pas confondre avec la névralgie occipitale ou trifaciale peu e.

— Les *muscles des yeux* et les principaux muscles *masticateurs* (tempo- masséters) peuvent aussi être affectés. Lorsque le rhumatisme occupe les ateurs, la mastication est très-pénible ou même impossible. Il ne faut pas r que les affections de l'articulation temporo-maxillaire ont un résultat able, mais alors la douleur est beaucoup plus limitée et fixée dans un petit au-devant du conduit auditif, tandis que, dans le rhumatisme des muscles ter et temporal d'un côté, la douleur occupe une vaste surface au niveau empe et en arrière de la joue.

— Lorsque les *muscles du cou* sont atteints, ce qui a lieu ordinairement ite de l'action du froid, il en résulte un *torticolis rhumatismal* qui se este le plus souvent au moment du réveil et qui force les malades à une billié presque caractéristique, avec légère inclinaison de la tête du côté . Tout mouvement de la tête et surtout les mouvements latéraux provo- des douleurs extrêmement vives. Valleix a signalé, comme forme particu- le ce rhumatisme, une affection douloureuse des muscles postérieurs du u'il appelle *cervicodynie*, et qui ne diffère du torticolis latéral que par son en arrière du cou, et par son extension aux muscles occipitaux ou aux nerfs me nom, ce qui fait alterner ou coïncider le rhumatisme avec la névralgie tale. Valleix note de plus, comme signes particuliers de la cervicodynie : rition ou l'augmentation vive de la douleur quand le malade incline la tête rière, sa diminution ou disparition dans le repos absolu, une *douleur le* qui va en augmentant dès que la tête est baissée en avant, un état de *dans la tête*, de la tension dans cette partie et des *étourdissements* nt très-marqués, sans qu'il y ait congestion.

— A la région *thoracique*, plusieurs muscles peuvent être atteints de rhu- me. — Lorsque ce sont les intercostaux, on a affaire à la *pleurodynie*, le diagnostic avec les autres affections thoraciques est très-important. Dans variété de rhumatisme musculaire, la douleur se développe principale- dans les grandes inspirations, par la toux, l'éternument, et par la pression spaces intercostaux occupés par les muscles rhumatisés, sans que la per- on ou l'auscultation révèlent des signes thoraciques, du moins par le fait de urodynie. Mais on peut confondre la pleurodynie avec la *névralgie dorso- costale*, ainsi que Valleix l'a parfaitement démontré (*Voy.* NÉVRALGIE), et it, lorsqu'il existe certains signes de percussion et d'auscultation, avec la *estion pulmonaire*, qui peut échapper, comme je l'ai démontré, à un ien peu attentif (*Voy.* CONGESTION pulmonaire).

— Le rhumatisme des muscles de l'*épaule*, ou du plutôt *deltoïde*, mérite nention spéciale, parce qu'on peut le confondre avec une arthrite. Mais, cette dernière affection, tous les mouvements du bras sur l'épaule, soit taires, soit produits par le médecin, sont impossibles sans douleur; tandis dans le cas de rhumatisme, c'est en particulier lorsque le malade veut er son bras du tronc que la douleur se manifeste. De plus, les muscles dans le relâchement, l'observateur peut imprimer à l'articulation de mou- nts plus ou moins étendus qui ne provoquent pas de sensation douloureuse ne dans l'arthrite.

— Le *lombago* ou rhumatisme de la région lombaire est observé fréquem- . Lorsqu'il est peu intense, la douleur peut ne se faire sentir que dans les

sont surtout faciles lorsqu'il s'agit de *tumeurs* qui attaquent
donnent lieu à une douleur que l'on peut prendre pour
chronique : tel est, par exemple, l'*anévrysme de l'aorte* de

g. — Une autre espèce de rhumatisme musculaire qu'i
reconnaître, est celui *des parois antérieures et latérales*
s'observe surtout chez les femmes. Cette dernière circon
fondre plus facilement avec la *péritonite*, qui précisément e
observée chez la femme que chez l'homme. La douleur r
tingue ici de celle qui serait due à une péritonite en ce qu
tensité dès que les malades veulent s'asseoir (*Voy*. p. 79
comprimer largement et de plus en plus fortement l'abd
sans rendre la douleur insupportable, tandis qu'une pre
saurait être supportée dans la péritonite. Si l'on ne tient
caractère distinctif, qui est précieux, on commettra presqu
confusion, surtout si le rhumatisme s'accompagne de fièvre.

h. — Le rhumatisme musculaire *des membres* est très-f
ce que la douleur par les mouvements, dans les muscles mé
sent, et l'absence complète de toute douleur vive dans le
caractéristiques. Aussi le distingue-t-on facilement des *névr*
par l'absence de douleurs lancinantes spontanées, et de p
loureux. On ne le confondra pas non plus avec les doule
courbature survenant à la suite d'une fatigue musculaire
avec celles que l'on observe dans le cours de la *syphilis*
saturnine, ou vers la fin de la *phthisie pulmonaire* (arthral
La coïncidence des autres symptômes donne à ces doulet
signification.

i. — Des muscles plus profondément situés, comme ceux
mel), du *pharynx* et de l'*œsophage* (p. 804), de la *vess*
phragme, sont atteints quelquefois de rhumatisme, et

rmi les *complications* du rhumatisme musculaire, ona signalé des *para-* *s partielles* de certains muscles, avec ou sans *atrophie* consécutive, et rarement des *contractures*, dans le torticolis, par exemple. Je me con- de les rappeler, attendu qu'il en a été suffisamment question aux mots LYSIES et CONTRACTURES. Quant aux *névralgies*, qui alternent fréquemment le rhumatisme musculaire ou qui coïncident avec lui, et à la suite desquelles oit survenir des *paralysies partielles* comme à la suite du rhumatisme ulaire, doivent-elles vraiment être rangées ici comme des complications de dernière maladie? D'après ce que j'en ai dit dans le courant de cet e, les névralgies ne constitueraient-elles pas plutôt des manifestations rhu- smales au même titre que celles qui occupent les articulations et les mus- Malgré l'affirmation tranchante de certains pathologistes à cette dernière ion, on peut se convaincre, pour les névralgies, de même que pour plu- s autres affections réputées *rhumatismales* dont j'ai parlé, qu'il est impos- dans l'état actuel de la science, de distinguer les uns des autres les faits es affections qui sont ou non d'origine rhumatismale. On doit sans doute ttre cette origine dans une certaine limite, mais cette limite est impossible ciser. L'action du froid comme cause ne suffit pas toujours, en effet, comme nstration de la nature rhumatismale.

Pronostic. — J'ai à peine besoin de rappeler que le rhumatisme muscu- n'est jamais grave, quoiqu'il constitue souvent une affection très-rebelle.

GIDITÉ, ROIDEUR. — *Voy.* CONTRACTURES.

ONCHUS. — *Voy.* RALES.

OSACIQUE (Acide). — *Voy.* URINES.

OSÉOLE. — On doit admettre avec Rayer que les faits décrits sous ce doivent se rapporter à l'ÉRYTHÈME ou à la ROUGEOLE.

OUE HYDRAULIQUE (Bruit de). — Signe d'auscultation attribué à la rupture traumatique du péricarde par Morel-Lavallée (*Voy.* RUPTURES).

OUGEOLE. — Cette fièvre éruptive, dénommée aussi *fièvre morbilleuse* s-communément observée, se rencontre principalement chez les enfants, être cependant aussi rare chez l'adulte qu'on le pensait autrefois, ainsi que montré Michel Lévy (*Mém. sur la rougeole des adultes*, 1847). Cette ma- a été l'objet de travaux très-nombreux, parmi lesquels on peut signaler de Rosen, Borsieri, et de Boudin, Rufz, Barthez et Rilliet. La contagion rougeole est incontestable; mais la maladie semblerait être aussi inocula- Speranza l'aurait communiquée par l'inoculation du sang, et Michael, de na, par celle de l'humeur lacrymale (*Gaz. méd.*, 1843).

Éléments du diagnostic. — Comme dans toute autre fièvre éruptive, il rappeler à part les phénomènes antérieurs à l'éruption (prodromes), ceux aractérisent l'éruption elle-même, et ceux qui lui succèdent. — Aux pro- es se rapportent : une *fièvre* plus ou moins intense, rarement précédée de ns, selon Barthez et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*), et accom- ée quelquefois de *nausées*, de *vomissements*, de *constipation* ou de *rhée légère*, et, à de rares exceptions près, d'un *coryza* intense, avec pico- nts, congestion des yeux, *larmoiement*, *toux sonore et enrouée* tout à la fois lée toux *férine*), et une légère inflammation du pharynx. — L'éruption, raissant après une durée de deux à cinq jours environ de ces prodromes, éveloppe pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, à la suite d'un ublement de l'état fébrile. Elle apparaît d'abord sur le menton, les joues ur toute la face, sous forme de *taches rosées*, petites, légèrement saillantes leur totalité, déchiquetées et morcelées sur leurs bords, disparaissant



sonorité thoracique est variable, tympanique ou légèrement
congestion généralement négligés par les auteurs); à l'*auscu*
une respiration normale ou des râles sonores ou humides. L
piqueté manifeste à l'isthme du gosier. — L'ensemble de
croît ensuite rapidement pendant quatre, cinq ou six jou
des *sueurs* apparaissent, et il survient une *desquamatio*
fine, furfuracée, rarement très-générale, débutant et se li
face, selon la remarque de Trousseau.

2° *Inductions diagnostiques.* — Tels sont les phénomène
qui caractérisent la rougeole simple. Ils suffiraient parfaite
diagnostic, s'ils n'offraient pas de nombreuses anomalies,
présentait toujours à l'état simple; mais il n'en est pas tou
on le verra plus loin.

Le diagnostic de la rougeole, à sa période de prodrome
fonde sur l'existence de la fièvre avec les signes d'un co
intense, le larmoiement et l'éclat des yeux, d'où résulte un
d'épidémie, suffit souvent au diagnostic à première vue,
éclatante particulière qui accompagne ces divers symptôme
hâter de se prononcer, si l'éruption fait défaut après quelques
car on a vu l'éruption ne se montrer qu'après huit jours et
prodromique ne présente malheureusement pas toujours de
ristiques, et lorsque la rougeole est anomale, ils peuvent être
ou nuls. Il serait d'ailleurs possible de confondre avec u
geole, le coryza qui s'accompagne de symptômes générau
morve, ou celui d'une *diphthérie* débutant par les fosses na
cas difficiles que l'on pourrait tirer parti de l'examen de
l'affirme le professeur Lasègue, la rougeole, comme la sc
par la gorge avant de s'étendre à la peau, et y est identiqu
née. On constate dans le pharynx, débarrassé s'il le faut de

eole : ses taches sont isolées et un peu morcelées ; mais il faut noter les se montrent en général plus tôt que les taches morbilleuses, qu'elles nt pas saillantes, qu'elles sont plus étendues, qu'elles se réunissent très-ement en larges plaques, et surtout qu'elles présentent un pointillé et de vésicules que n'offre jamais l'éruption de la rougeole. — Lorsque les s morbilleuses se montrent comme premier symptôme, sans fièvre ni omes caractéristiques (sans coryza, larmoiement, sans toux férine), on croire à un simple *érythème*. On peut affirmer qu'il en a été fréquemment de même qu'on a dû considérer au contraire des *érythèmes* comme des oles. Ces erreurs sont très-faciles quant à l'aspect des deux éruptions, qui uvent le même. On peut cependant, en tenant compte des phénomènes mitants et des circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie, ne l'existence d'une épidémie régnante de rougeole, ou le voisinage de atteints de cette affection, arriver à un diagnostic très-probable. La ne ultérieure de l'éruption et l'apparition ou le défaut de desquamation ent ou non le confirmer. — Lorsque la fièvre du début n'est pas accom-e des symptômes prodromiques rappelés plus haut, l'éruption boutonneuse rougeole peut être prise pour une *variole*. Dans ce cas, la thermométrie ait être utile, attendu que l'abaissement de la chaleur, qui a lieu de part autre au moment de l'éruption, se rs le 3e jour dans la variole, et seu-t vers le 6e jour dans la rougeole, ne le montre la figure 234. Sans la marche ultérieure de la ma-décide bientôt la question ; mais agit de se prononcer au moment , on peut commettre l'erreur, ne cela est arrivé déjà, et consi-comme une rougeole une éruption ique papuleuse. On recherchera 'existe pas sur les papules de la uelque point *vésiculeux* dont l'e-ce ferait rejeter celle d'une érup-orbilleuse. Quant à l'existence des ices vaccinales, elle n'a pas une très-e valeur pour faire rejeter l'idée éruption varioliforme, ces érup-

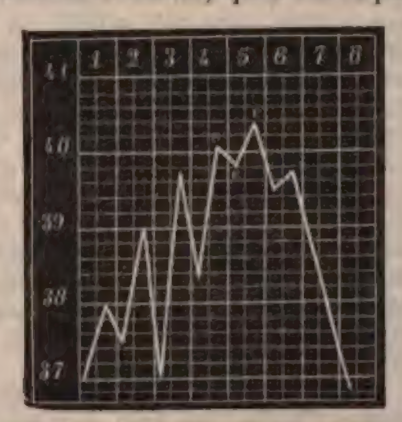


Fig. 234. — Tracé de la température dans un cas de rougeole, le point culminant répondant à l'apparition de l'éruption (G. Sée).

pouvant se développer chez des individus vaccinés. — Il faudrait examiner alade avec bien peu d'attention pour prendre la rougeole, affection essen-nent aiguë, pour une *syphilide érythémateuse* à son début, cette dernière, endamment de beaucoup d'autres signes, étant très-différente de la rougeole a marche très-lente et par sa persistance. L'éruption de la rougeole peut douteuse lorsqu'elle se fait sur la peau recouverte d'une abondante desqua-n produite par toute autre cause, les taches étant en partie cachées par les nes ; mais un examen attentif et les phénomènes antérieurs et concomi-font ordinairement cesser toute hésitation.

l s'agit de rechercher les traces d'une rougeole récente, ce qui est quel-is nécessaire dans la pratique, on n'oubliera pas que la desquamation de geole se rencontre presque exclusivement à la face, qu'elle est furfuracée, 'elle pourrait être simulée par le *pityriasis*, qui est loin d'être rare au e des enfants, mais qui offre des plaques à contours bien délimités, tandis

que la desquamation morbilleuse n'a pas de limites précises. L'examen microscopique des matières excrétées par différentes voies montrerait aussi des fragments d'épithélium, selon Helft (1843), et cet *exanthème* aurait même une intensité qui serait en raison inverse de l'éruption cutanée.

Ainsi, pour reconnaître la rougeole, principale question à résoudre, on y parviendra en général en tenant compte de l'ensemble des phénomènes, de leur marche, de leur succession. On devra aussi tenir compte de la plus grande fréquence de la maladie chez les enfants âgés de 3 à 10 ans, de l'existence d'une *épidémie* régnante, et souvent d'une cause manifeste de contagion. Mais que le diagnostic soit facile ou douteux, il faut le compléter en se demandant si la rougeole est : 1° *régulière* ou *irrégulière;* 2° *bénigne* ou *grave;* 3° *simple* ou *compliquée*.

Les données du diagnostic, telles que je les ai rappelées, démontreront que la rougeole est régulière, bénigne et simple. Mais d'abord l'irrégularité de la marche, l'absence ou l'atténuation de tel ou tel symptôme, et la violence exagérée de certains autres, peuvent modifier profondément l'allure de la maladie. C'est ainsi qu'au début la fièvre peut être très-intense, et s'accompagner de convulsions, de délire; qu'il peut y avoir prédominance de vomissements, de la diarrhée, parfois avec douleurs de ventre et météorisme. Plus tard, la desquamation peut être très-abondante, quoique l'éruption ait été peu prononcée. D'un autre côté, la fièvre du début est quelquefois à peine marquée ou manque complétement, et l'éruption est alors le premier symptôme observé; cette éruption fait au contraire seule défaut dans la rougeole dite *sans éruption*, que l'on ne doit admettre qu'avec une extrême réserve; d'autres fois l'éruption est très-peu marquée, pâle, terne, fugace, et ne se montre que dans une petite étendue du tronc; dans d'autres, au contraire, l'éruption se prolonge pendant huit ou dix jours, ou bien elle est si abondante et si pressée, qu'on l'a dénommée alors *confluente ;* enfin elle peut être d'un rouge très-foncé ou violacé, et Lombard a trouvé une fois de véritables vésicules à son niveau, ce qui est tout à fait exceptionnel. Il en est de même des sudamina observés par Boudin et Michel Lévy. Enfin le coryza et la bronchite sont quelquefois nuls ou à peine marqués. Il ne faut pas oublier que beaucoup d'épidémies sont caractérisées par des anomalies de ce genre.

Décider de la *bénignité* ou de la *gravité* de la rougeole est une question de pronostic traitée plus loin; mais cette question est subordonnée en grande partie à celle de l'absence ou de l'existence des complications de la maladie.

Ces *complications* sont extrêmement nombreuses, et l'on a discuté beaucoup sur leur nature, en les considérant tantôt comme une manifestation spéciale de la rougeole, et tantôt comme un des épiphénomènes communs aux maladies fébriles. Comme les nombreuses maladies qui constituent ces complications, quelle que soit l'opinion qu'on s'en fasse, ne présentent pas dans la rougeole d'autres caractères que ceux qu'elles offrent à l'état de simplicité, je me contente de les énumérer. Ce sont, au niveau des muqueuses : la *broncho-pneumonie*, à laquelle j'ajouterai la *congestion pulmonaire*, qui est constante au début des fièvres éruptives; la *stomatite*, la *pharyngo-laryngite* érythémateuse, ulcéreuse, pseudo-membraneuse (croup), ou spasmodique ; la pharyngite gangréneuse, *l'œsophagite;* les *catarrhes et phlegmasies des intestins*, avec douleurs abdominales, diarrhée abondante, météorisme, taches violacées; l'otite, l'*ophthalmie*, quelquefois purulente (Heyfeyder) ; le *coryza* pseudo-membraneux, la *leucorrhée*. — En dehors des muqueuses, il se développe d'autres inflammations inutiles à énumérer, parce qu'on les rencontre dans toutes les maladies aiguës comme accidents secondaires. Les *hydropisies* liées à une *maladie de*

nt ici aussi rares qu'elles sont communes dans la scarlatine. Les *gies* par différentes voies, par la peau (purpura) ou par les muqueuses par exemple, sont également rares, et il en est de même des *acci- ;braux* ou *ataxiques* sans affections particulières qui les expliquent. nts cérébraux pourraient amener la mort chez les très-jeunes enfants de la dentition; et, selon Brachet, l'éclampsie se serait déclarée à la disparition de l'éruption par le fait d'un refroidissement. La *paralysie* nt dans la convalescence des maladies aiguës peut aussi succéder à la comme Bergeron a en observé un exemple chez un enfant qui, après ;uéri d'une gangrène de l'oreille consécutive à la rougeole, fut atteint lysie graduelle des membres du pharynx et du voile du palais (*Gaz.des* 68). La rougeole paraît en outre avoir une tendance toute particulière e tardivement la *gangrène de la bouche*, plus rarement celle du et enfin la *phthisie pulmonaire* à la suite de rougeoles survenues au ıne bonne santé. Cette phthisie s'annonce par la persistance de la toux érissement, tantôt avec fièvre violente et marche aiguë, tantôt sans 'exception de celle du soir) et avec une marche chronique. La tuber- , dans cette circonstance, prédomine dans les ganglions, et surtout ;anglions bronchiques (Barthez et Rilliet).

terminerai pas sans rappeler que l'éruption de la rougeole coïncide is avec d'autres éruptions aiguës, éruptions *varioliques*, *scarlatine*, *de la face*. Les deux éruptions peuvent même se développer et simultanément, avec concomitance de symptômes propres à chacune

ıostic. — La rougeole est presque toujours suivie de guérison lorsqu'elle :. Elle ne devient grave que par les maladies dans le cours desquelles éveloppe quand elle est secondaire, ou par suite des complications. ıeut survenir dans la période d'invasion par l'éclampsie et le catarrhe u). La rougeole secondaire est d'ailleurs souvent compliquée. La dis- ;ubite ou *délitescence* de l'exanthème est fréquemment suivie d'acci- ves et même de mort; mais à cet égard il ne faut pas toujours porter stic funeste. Michel Lévy, qui a étudié les faits à ce point de vue, a froidissement et la diarrhée comme des causes probables de la déli- et, comme des accidents consécutifs : une éruption de sudamina sur une varicelle, des vomissements, de la diarrhée, l'aggravation de la , une fois seulement une tuberculisation, et enfin des groupes de com- graves. Dans certains cas, la délitescence n'a été suivie d'aucun acci-

:EUR, RUBÉFACTION. — *Voy.* CONGESTIONS (de la peau).

A. — *Voy.* BULLES.

'URES. — Les articles consacrés aux COMMUNICATIONS MORBIDES et aux 'IONS abrégent beaucoup ce que j'ai à dire du diagnostic des ruptures. donnent lieu aux mêmes accidents que les perforations. Elles peuvent par distension extrême d'organes sains d'ailleurs, comme pour la ıs les cas de rétention considérable d'urine, au niveau de l'*estomac* aines indigestions graves, et enfin au niveau d'ABCÈS (p. 7) ou de soumises à une tension croissante de leurs parois (anévrysmes, kystes :s, grossesses extra-utérines, etc.). En général, le plus grand nombre ıres, qu'il y ait ou non une lésion préalable, s'effectuent par suite d'une extérieure, ou bien d'efforts exagérés de la part du malade. C'est l'on a vu des vomissements difficiles occasionner la rupture de l'œso-

phage (Meyer); c'est là, il est vrai, un fait très-exceptionnel. C'est surtout par les violences extérieures traumatiques, coups, chutes, pressions, etc., que se produisent les ruptures, comme celles de la rate, sur lesquelles Vigla a publié un excellent travail (*Arch. de méd.*, 1843, t. III, et 1844, t. IV), celles du foie, des reins, de l'œsophage, du cœur, du péricarde, etc.

Une rupture dont la cause est toute spéciale est celle de l'utérus pendant la grossesse, ou bien au moment de l'accouchement; il en résulte une péritonite par suite du passage de l'enfant dans la cavité du péritoine. Dans des cas exceptionnels, cette péritonite a guéri, soit lorsque la rupture était trop étroite pour donner passage au fœtus, soit lorsque l'œuf avait été expulsé en entier dans la cavité séreuse, où il avait pu continuer à se développer grâce à des adhérences protectrices, et constituer une grossesse extra-utérine.

SALIVATION, SALIVE. — L'excès de la sécrétion salivaire, qui a lieu dans l'état sain à la première dentition, ou pendant la grossesse, se produit comme symptôme d'une foule d'états morbides, ou bien constitue par lui-même un état pathologique particulier. On a indifféremment dénommé *salivation*, *ptyalisme*, *sialorrhée*, l'exagération de sécrétion salivaire, qu'il ne faut pas confondre avec le simple écoulement involontaire de la salive par la bouche entr'ouverte par le fait d'une *hémiplégie faciale*, ou de la paralysie des muscles releveurs de la mâchoire inférieure (dans l'*hémorrhagie cérébrale*).

La salivation abondante a pour conséquences une soif vive, la gêne de la prononciation et de la mastication, la dépravation du goût. La salive expulsée est presque transparente, un peu visqueuse et facilement reconnaissable. Elle ne sera pas confondue avec les liquides de l'*estomac* et du PANCRÉAS, qui sont quelquefois expulsés par la bouche en abondance dans certaines maladies de ces organes, le liquide étant alors régurgité par l'œsophage, ce dont le malade se rend parfaitement compte.

Le ptyalisme se rencontre : avec les OREILLONS et dans les autres affections des glandes *parotides*, qui sécrètent la partie la plus aqueuse de la salive (Cl. Bernard); dans les affections de la *bouche*, et principalement dans la stomatite *mercurielle*, où à la salivation se joint une fétidité extrême de l'haleine; dans les *pharyngites* primitives ou secondaires; dans la *névralgie trifaciale*, l'odontalgie, l'*hystérie*, l'*iodisme*. Enfin on a admis un *ptyalisme* nerveux observé chez les femmes nerveuses, et, comme étant plus rare, une salivation intermittente.

Au lieu d'être en excès, la salive fait quelquefois presque défaut; elle est alors épaisse, écumeuse, acide (*glycosurie*). Son acidité favorise le développement du *muguet*. Enfin c'est avec la salive, selon Cl. Bernard, que s'élimine principalement l'iodure de potassium qui a pénétré dans l'économie, et qui se montre dans la salive avec une extrême rapidité. Dans le cas où l'on procéderait à l'examen chimique de la salive, il ne faut pas oublier que le *sulfocyanure de potassium* fait toujours partie des éléments normaux de la salive, comme l'a montré Longet (*Acad. des sciences*, 1856), et que l'addition du perchlorure de fer donne une belle coloration rouge de sang à la salive, lorsqu'elle est suffisamment concentrée.

SANG. — Malgré les importants progrès réalisés dans l'étude du sang par les recherches remarquables de Berzélius, Chevreul, Andral et Gavarret, [illegible]querel et Rodier, Denis (de Commercy), Félix Boudet, Lecanu, Gobley, [illegible] Prévost et Dumas, Lehman, etc., l'analyse chimique du sang ne saurait être employée pour éclairer le diagnostic clinique.

Tout en tirant parti des résultats obtenus, quant aux maladies produites par

térations de proportion des principes du sang, et notamment de ses globules, saurait directement utiliser au lit du malade que les caractères physiques eut présenter le liquide sanguin.

s caractères physiques du sang (dont je n'ai pas besoin de rappeler la com- on) sont faciles à apprécier pour la plupart, soit à la simple vue, soit à ection microscopique. La *température* du sang et son *électricité*, étudiées quelques auteurs, sont plus difficilement constatées, et ne fournissent eurs aucune donnée clinique de quelque valeur.

s premiers de ces caractères, immédiatement visibles, résultent de la cou- du sang, de sa densité ou de sa plasticité, et, si le sang examiné est en tité suffisante, de l'état particulier du caillot et du sérum.

coloration du sang, extrait des veines par une saignée, peut être rutilante ne celle du sang artériel, ou bien au contraire être plus foncée en couleur dans l'état normal, lorsque l'hématose est troublée dans les capillaires ou les poumons. Il a rarement un aspect *blanchâtre*, *laiteux* ou *chyleux*, qui nd d'une matière grasse qui s'y trouve comme émulsionnée. L'addition de er fait disparaître cette anomalie. Sans être lactescent, le sang est souvent oré au point de tacher seulement en *rose* le linge qu'il imbibe, comme observe pour le sang menstruel de certaines chlorotiques. D'autres fois, é par hémorrhagie ou obtenu par tout autre moyen, il est d'une *couleur* *re* tirant plus ou moins sur le *brun chocolat*, comme on le voit dans des xies (dans lesquelles cette coloration du sang fait soupçonner la *leucocy-* *ie*) et dans des cas de tumeurs hématiques, dont la nature est révélée par tie spontanée ou provoquée du sang ainsi altéré. Enfin, mélangée aux ats ou aux excrétions, la coloration normale ou anomale du sang est une se souvent fort utile au diagnostic, mais souvent aussi la présence du sang passer inaperçue ou être mal interprétée (*Voy.* HÉMORRHAGIES). Mélangé aux étions diphthériques, le sang altéré donne aux parties affectées l'aspect éneux (Bretonneau).

coloration plus ou moins foncée du liquide sanguin est souvent évidente seule inspection des parties extérieures du corps, sans que la vue directe ng soit nécessaire. La diminution des globules rouges se traduit, en effet, veau de la peau et surtout des muqueuses visibles, par une décoloration e pâleur caractéristiques (anémie); l'exagération de ces globules, au con- , s'annonce par une congestion active des capillaires donnant à la peau, onjonctives, une coloration d'un rouge vif et une turgescence des plus re- nables (pléthore); enfin l'imperfection de l'hématose se manifeste par la *ose* plus ou moins généralisée des téguments, et c'est surtout par leur cou- *ictérique*, que l'on juge de l'altération du sang par les matériaux colorants bile, et non par le mélange de la bile entière, comme on le croyait autrefois.

densité ou la plasticité plus ou moins grande du sang dépend de la pro- on plus ou moins grande de ses matériaux solides et principalement de ses les et de sa fibrine. C'est principalement par la décoloration et par la pré- nance de l'eau que l'on juge de la diminution de densité du sang, et, par nditions contraires, de l'augmentation de cette densité ; or, c'est ce que et de constater l'examen du sang réuni en assez grande quantité pour qu'il e se diviser par le repos en caillot et en sérum.

La coagulation du sang se fait plus ou moins rapidement, suivant des con- as encore assez mal connues, et ordinairement elle commence quelques mi- s après la sortie du sang de la veine. — Le *caillot* se compose en grande e de globules sanguins emprisonnés dans une trame fibrineuse avec une



ses bords tout autour du vase qui contient le sang, est or
d'un jaune verdâtre, parfois rougeâtre, visqueux, d'une od
tenant les matières colorantes de la BILE ou de la graisse e

Les signes fournis au diagnostic par les particularités p
tent le caillot et le sérum du sang sont peu nombreux. —
neux par rapport au sérum se rencontre dans les cas de p
lieu dans ceux d'anémie, où le sérum est au contraire prédom
la *mollesse* du coagulum sanguin sont le plus souvent en r
le moins de matériaux solides du sang. — Le *sérum*, par
moins grande par rapport au caillot, a une signification
celle que l'on attribue au volume du caillot. De plus, le
une teinte franchement jaune ou verdâtre dans l'ictère, et,
graisseux prédominent dans le sang dit laiteux, c'est surto
l'aspect lactescent.

L'examen du sang au *microscope* a révélé scientifiqu
haute portée, qui ont modifié profondément les idées an
nouveaux éléments de diagnostic. Le microscope montre
sanguins rouges et blancs, et la fibrine contenue dans la p
deux principes spécifiqu
du sang, et les seuls q
autres liquides de l'écon
cellulaire).

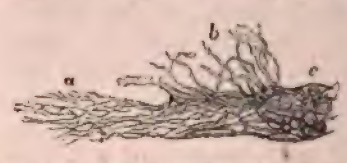


Fig. 235. — Fibrine coagulée du sang humain. — *a*, fibrilles fines. *b*, fibrilles grossières et larges. *c*, globules rouges et blancs retenus dans le caillot. — Grossissement : 280 diamètres (Virchow).

La *fibrine*, dès qu'
montre sous la forme fi
fibres forment des lacis
cats. Si l'on examine u
moment de la coagulati
des filaments fibrineux
faut noter que le *mucus* produit des fibres semblables à

ıent tous de l'hématine. — 1° Virchow a dénommé *hématoïdine* la méta-ıhose cristalline la plus commune de l'hématine. On peut quelquefois l'ap-er à l'œil nu quand elle est réunie en masse; quand elle est régulière, elle

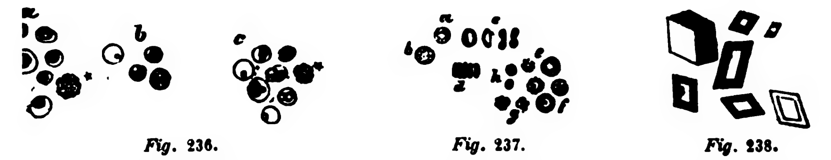


Fig. 236. *Fig.* 237. *Fig.* 238.

6. — Globules à noyau d'un fœtus humain âgé de six semaines. — *a*, cellules homogènes, de gran-variable, avec un noyau simple et proportionnellement volumineux; les unes sont légèrement ılées, le plus grand nombre présente un aspect homogène; dans un point on remarque un globule ·. *b*, cellules à noyaux très-petits et très-nets; leur contenu est rouge. *c*, l'action de l'acide que a rendu les noyaux anguleux et ratatinés; plusieurs sont troubles; à droite on voit un cor-ıle granulé. — Grossissement : 280 diamètres.

37. — Globules sanguins d'un homme adulte. — *a*, globule rouge ordinaire ayant la forme d'un dis-*b*, globule blanc. *c*, globules rouges vus de côté, appuyés sur leurs bords. *d*, globules rouges ayant rme d'une pile d'écus. *e*, globules rouges anguleux; l'exosmose leur a fait perdre une partie ur contenu et a produit leur forme ratatinée. *f*, globules rouges ratatinés, à bords mamelon-leur face présente un soulèvement semblable à un noyau. *g*, ratatinement plus complet. *h*, er degré de ratatinement (corpuscules mélaniques). — Grossissement : 280 diamètres.

8. — Diverses formes de cristaux d'hématoïdine (Voy. *Archiv. für pathol. Anatomie*, vol. I, p. 391 I, fig. 11). — Grossissement : 300 diamètres.

des prismes rhomboédriques obliques, d'un jaune rougeâtre ou rouge, il a été question à l'article Pigment, *fig.* 238 et 239. L'hématoïdine résultat régulier et typique de la transformation de l'hématine dans les s du corps où se dépose une grande quantité de sang. C'est ce qui explique

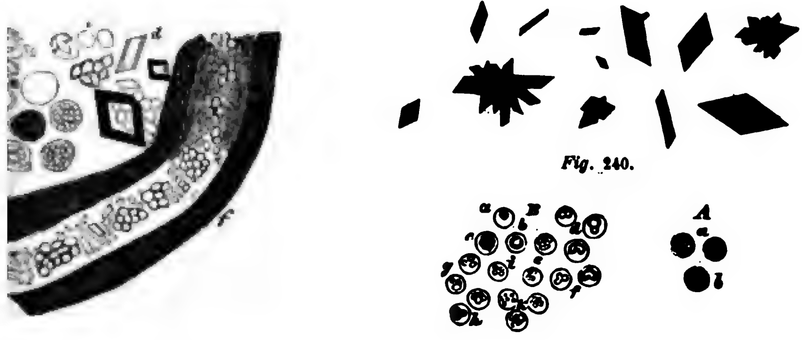


Fig. 239. *Fig.* 240. *Fig.* 241.

9. — Pigment d'une cicatrice apoplectique du cerveau (*Archiv. für pathol. Anatomie*, vol. I, p. 401-454, III, fig. 7). — *a*, globules du sang devenus granuleux et commençant à se décolorer. *b*, cel-de la neuroglie, dont une partie possède du pigment granuleux et cristallisé. *c*, granules de ient. *d*, cristaux d'hématoïdine. *f*, vaisseau oblitéré : son ancienne cavité est remplie de ent rouge granuleux et cristallisé. — Grossissement : 300 diamètres.

40. — Cristaux d'hémine, obtenus artificiellement du sang. — Grossissement : 300 diamètres.

41. — Globules blancs de la veine arachnoïdale d'un aliéné. — A, globule blanc frais. *a*, glo-blanc dans son liquide naturel. *b*, globule blanc dans l'eau. B, globules blancs traités par le acétique. *a*, *c*, globules blancs uninucléaires, devenant de plus en plus gros, granuleux, et en-nucléolés. *d*, division simple du noyau. *e*, division du noyau plus avancée. *f*, *h*, divi-du noyau en trois parties. *i*, *k*, quatre noyaux et plus. — Grossissement : 280 diamètres.

Lebert ait trouvé ce principe cristallin dans des crachats hémoptoïques d'un brun et fétides, dont il a été question à propos de l'hémoptysie (p. 487). ristaux d'hématoïdine sont le plus souvent très-difficiles à voir au micro-

coloré des corpuscules rouges du sang, ou de l'hématine (V
ICTÈRE, p. 546).

Les *globules blancs* ou *leucocytes* diffèrent des globules
plus grand volume, leur forme sphéroïdale, leur aspect incolo
granuleux, qui apparaît avec un ou plusieurs noyaux, quand c
Ces noyaux deviennent plus distincts par l'addition de l'acide
sout le contenu granuleux. Le noyau se montre alors simple, m
de division dans la cellule, *fig.* 241. Ces globules, qui ne se d
du pus (*Voy.* PUS), ont deux propriétés qu'il faut connaître: d'ab
parois des vaisseaux lorsque l'impulsion sanguine diminue, p
former des amas dans les organes (*Voy.* LEUCÉMIE, LEUCOCYT

Avec un très-fort grossissement, on peut, dans de certaines
ver dans le sang des infusoires microscopiques (*Voy.* BACTÉR
éléments d'analyse microscopique qui peuvent se constater pl
ceux qui paraissent se rattacher aux embolies et aux infarctu
montré que le prétendu pus trouvé emprisonné dans des cail
tait pas autre chose qu'une altération blanchâtre du caillot
ce qu'il a appelé la régression ou transformation graisseuse.
méd., 1862) aurait trouvé, dans le sang d'un sujet qui avai
endocardite ulcéreuse, des éléments normaux, mais étrangers
C'étaient des granulations moléculaires, des globules granul
de graisse, des fragments de fibres de tissu conjonctif, et quelq
et granuleux, en même temps que des éléments identiques
centre des caillots des artères splénique, rénale et hépatique,
quels ils paraissaient avoir contribué. On retrouvait encore ces
petit foyer qui siégeait dans l'épaisseur de la valvule mitrale,
leur origine dans les ulcérations des valvules cardiaques. O
serait possible de trouver également dans le sang des élémen
des concrétions intra-vasculaires qui se seraient émiettés et d

de vue, sont les causes habituelles du satyriasis, qui peut constituer une
e manifestation de la folie et survenir dans son cours.

VEUR. — *Voy.* GOUT, GUSTATION.

APULUM. — *Voy.* ÉPAULE.

ARLATINE. — Comme la rougeole, la scarlatine est infiniment plus
nte dans l'enfance qu'à l'âge adulte.

Éléments du diagnostic. — Lorsqu'elle est simple et régulière, elle dé-
ordinairement par de la *céphalalgie*, de la *fièvre* et une *douleur de*
:, qui vont ensuite en augmentant; parfois il y a des *frissons*, des *vomis-*
nts. — Quelques heures, un jour ou deux au plus après ces prodromes,
otion se manifeste sur la face ou dans les plis du cou, par des *petites taches*
s, inégales, irrégulières, déchiquetées, sans saillie, disparaissant momen-
nent par la pression, s'étendant et se réunissant de manière à former sur
e corps de *larges plaques d'un rouge vif*, *piquetées* d'une multitude de
petits points d'un *rouge plus foncé;* dès le second jour, et jusqu'au troi-
e ou quatrième jour de l'éruption, la coloration rouge et toujours pointillée
nt tellement intense qu'elle a été comparée à la couleur du *jus de fram-*
s; cette intensité est plus grande vers les plis des articulations (*aines*, *ais-*
) et pendant les paroxysmes de la fièvre; elle peut persister une semaine;
otion produit quelquefois un *prurit* très-incommode, et souvent on peut y
ater à la vue, et plus facilement avec une loupe, des petites *vésicules très-*
. En même temps *peau brûlante* (à + 41 et 42° cent.), sèche, rugueuse;
fort, fréquent, *soif vive*, *sommeil agité; face* vivement colorée, un peu
e ; *yeux* vifs, injectés, quelquefois larmoyants, narines enchifrenées,
douloureuse, *déglutition* difficile; les *amygdales* sont rouges et tumé-
parfois recouvertes d'un *enduit blanc*, *pultacé;* la *respiration* est gênée,
nte, accélérée. — Dans la période de décroissance, avec la diminution
elle de la fièvre et des autres symptômes, l'éruption cutanée prend une
rouge terne ou violacée avant de disparaître complétement. La *desqua-*
on de la peau se fait le plus souvent par lambeaux épidermiques irréguliers,
blanc mat, secs, souvent très-larges, et dont l'abondance est en rapport
avec celle de l'éruption. La desquamation par lambeaux épithéliaques
e faire aussi dans la bouche et dans l'arrière-gorge. Le plus souvent la
e, dépouillée de son épithélium, a une surface luisante et unie, ou bien
ée de papilles et ressemblant à une framboise.

s la scarlatine *anomale* ou *irrégulière*, il y a exagération, développe-
incomplet ou même absence de certains symptômes. Comme dans la rou-
anomale, il peut y avoir au début exagération des symptômes généraux,
oubles digestifs intenses, ou plutôt des phénomènes cérébraux : délire,
, convulsions; tous les symptômes de l'invasion peuvent au contraire man-
et l'éruption être le premier symptôme; cependant il est rare que l'angine
complétement défaut; l'éruption peut être plus pâle ou plus foncée que
naire, et ne se montrer que dans certaines régions où l'on ne songe pas à
rcher.

rougeole présente, outre ces éléments principaux de diagnostic, une
d'autres données utiles à connaître, et dont il sera question dans ce qui

Inductions diagnostiques. — Comme pour la rougeole, le malade se pré-
ici dans l'une des trois conditions suivantes : au moment des prodromes,
nt ou après l'éruption.

— *Avant l'éruption*, l'existence d'une pharyngite aiguë, avec une fièvre

faut noter que, dans cette dernière affection, c'est le visage qui est le
ıal siége de la desquamation, tandis que pour la scarlatine, c'est principa-
au voisinage des aisselles ou des aines que l'on en trouve les traces. On
desquamation, qui ne dépasse guère dix ou douze jours, se prolonger
›urs et plus.

me pour toute autre fièvre éruptive, il faut se demander, lorsqu'on a re-
ou seulement soupçonné la scarlatine, si elle est *régulière ou irrégu-
bénigne ou grave, simple ou compliquée.* On reconnaîtra facilement,
; ce qui précède, si elle est régulière, bénigne et simple ; mais il n'en
ıs toujours de même si elle est irrégulière (ou anomale), grave ou com-
ɜ. Il sera question plus loin des complications et de la gravité de la ma-

nt aux anomalies qu'elle peut présenter, elles sont nombreuses, car elles
t sur les phénomènes de l'invasion, et sur les caractères ou sur la durée
uption ou de la desquamation. Les anomalies de la marche ou de l'évo-
de la maladie ne sont pas moins utiles à connaître. La durée des périodes
régulière par la prolongation insolite des prodromes (que Trousseau a
ırer huit jours), par le retard de l'éruption après la cessation des prodro-
par le retard de la desquamation, et par l'apparition également tardive
'es symptômes, comme l'angine que l'on a vue parfois apparaître pendant
ıtion, ou même pendant la desquamation. Lorsque la scarlatine est
ale, le diagnostic, suivant Trousseau, peut s'établir par la seule considéra-
le l'extrême fréquence du pouls, qui ne se retrouve que très-rarement
les autres affections que l'on pourrait confondre avec la scarlatine (*Cli-
: médicale*, t. I).

considération des données *étiologiques* n'est pas sans importance dia-
ique. Il est utile de savoir, en effet, s'il existe une épidémie régnante de
tine, et si le malade a été exposé à des influences contagieuses : circons-
; qui peuvent immédiatement mettre sur la voie de la vérité. Il n'est pas
ɛrent non plus d'être prévenu que la fréquence de la maladie est beaucoup
grande chez les enfants âgés de trois à dix ans qu'à un âge moindre ou
ıvancé. Quant à la durée de la période d'incubation pendant laquelle on
edouter l'influence de la contagion, elle n'a pu être déterminée d'une ma-
précise. Barthez et Rilliet croient l'incubation moins longue que pour la
ole.

ɜ condition étiologique très-importante pour le diagnostic de la scarlatine,
son apparition primitive ou *secondaire*. Par cela même, en effet, qu'elle
aît dans le cours d'une autre maladie, la scarlatine est rendue irrégulière
omale. Il est donc essentiel de rechercher s'il n'existe pas une affection
ıne chez le malade, dans le cas où l'on n'en aurait pas constaté avant d'a-
ɔupçonné ou reconnu chez lui la scarlatine.

degré d'intensité de la maladie est variable suivant les épidémies, qui
ın général beaucoup plus fréquemment légères que graves. — Les *lésions*
ngiennes sont également plus ou moins accentuées selon les épidémies. —
ılte de ces différences des *formes* diverses particulières de la maladie ; mais
ɔnt bien moins d'importance que les formes régulières ou irrégulières dont
:é parlé plus haut, et que celles dont il me reste à m'occuper à propos des
ications et du pronostic.

pharyngite ou pharyngo-laryngite, l'*angine scarlatineuse* en un mot,
ırendre une intensité assez grande aux dépens des autres manifestations
tineuses, pour être considérée comme une *complication*. Malgré l'opinion

de quelques auteurs, on ne saurait admettre qu'elle a le caractère de complication lorsqu'elle est simple ou pultacée et qu'elle a une médiocre intensité. Dans le cas contraire, la pharyngite peut se montrer grave dès le début, ou dans le cours de la scarlatine, du deuxième au dixième ou onzième jour, selon Barthez et Rilliet. Elle peut être simple, pultacée ou véritablement pseudo-membraneuse, ou diphthérique ou même gangréneuse, et s'accompagner ou non d'ulcérations ; ce sont des conditions diverses qu'il faut avoir bien soin de distinguer. Dans ces différentes circonstances, les ganglions sous-maxillaires tuméfiés et engorgés peuvent s'enflammer et donner lieu à des phlegmons compliqués d'infiltrations purulentes étendues. Malgré les caractères ordinairement tranchés de ces diverses espèces de pharyngites, ils peuvent faire commettre des erreurs presque inévitables. J'ai vu un adulte qui avait été admis à l'hôpital pour une éruption presque confluente de petites plaques érythémateuses d'un rouge un peu lacé, mal limitées, avec un érythème du nez et une pharyngite intense, avec plaques blanchâtres déprimées recouvrant manifestement des ulcérations dans certains points, notamment sur le voile du palais. On aurait pu croire à une affection syphilitique secondaire, si l'invasion récente de la maladie, la rapidité avec laquelle la pharyngite céda à quelques cautérisations au nitrate d'argent, la décoloration graduelle des taches, puis la desquamation au cou et aux aines, n'avaient démontré qu'il s'agissait bien d'une angine scarlatineuse pultacée et ulcéreuse, avec éruption anomale. Des faits de cette espèce suffisent pour autoriser à recommander la recherche attentive d'une éruption scarlatineuse dans tous les cas d'angines simples et surtout d'angines complexes par suite d'exsudats pultacés ou diphthériques, de gangrène ou d'ulcérations. Les exsudations pultacées n'ont pas de tendance à envahir le larynx, mais les fosses nasales; quant à l'extension de pseudo-membranes diphthériques vers le larynx, on devra la redouter lorsqu'on aura constaté leur présence dans le pharynx (Voy. DIPHTHÉRIE).

La *congestion pulmonaire*, qui s'observe au début de la scarlatine comme dans les autres fièvres éruptives, prend-elle quelquefois les proportions d'une véritable complication ? C'est ce qui n'a pas encore été suffisamment établi par suite de la confusion de l'hyperémie avec des *bronchites* et même des *pneumonies*, affections d'ailleurs aussi rares dans la scarlatine qu'elles sont fréquentes dans la rougeole. Les complications gastro-intestinales (*vomissements, diarrhée fétide*), l'*otite*, la *vaginite* (Cormach), sont également rares. D'autres complications s'observent dans la scarlatine comme dans d'autres pyrexies : inflammations des séreuses (*méningite, pleurésie, péricardite, péritonite*); *phlegmons sous-cutanés* survenant pendant la convalescence ; *hémorrhagies* par diverses voies ou *purpura* secondaire; accidents *ataxiques* ou *convulsifs* au début ou dans le cours de la maladie. Mais la scarlatine présente deux complications qui doivent être considérées comme lui étant particulières, car elles se montrent bien plus fréquemment dans son cours que dans le cours des autres maladies aiguës : ce sont les *inflammations articulaires* et les *hydropisies*.

Les inflammations articulaires scarlatineuses, souvent confondues avec le rhumatisme des articulations, se montrent dans la convalescence de la scarlatine et se terminent, dans des cas rares, par suppuration.

Quant aux hydropisies *aiguës* ou *chroniques*, elles méritent une attention spéciale. L'anasarque est la plus fréquente ; mais les hydropisies internes ne sont pas rares. L'œdème pulmonaire, les épanchements séreux de la plèvre, du péritoine, du péricarde, des méninges, et l'œdème de la glotte, peuvent s'observer. Les suffusions séreuses se font quelquefois toutes en même temps, et

st plus grave, ou bien successivement. L'anasarque apparaît la première la plupart des cas; elle est surtout à redouter deux ou trois semaines après ıtion, et ne se montre jamais après la sixième semaine (Guersant et Blache). lébute par la face et devient très-rapidement générale. Elle est aiguë dans ne tous les cas, précédée de fièvre, de vomissements, de diarrhée, de doule bas-ventre et d'*urines sanguinolentes*. Presque toujours, suivant les uns, rs, suivant les autres, il y a ALBUMINURIE ou plutôt une maladie de BRIGHT it le plus souvent aiguë. L'*œdème du poumon*, selon Legendre (*Rech. uelques maladies des enfants*, 1846), se montre quelquefois d'emblée. est de même de l'*hydro-thorax aigu double* (Rilliet) et de l'*hydro-péri aiguë* (J. Frank, Fraënckel, Barthez et Rilliet, Thore), dont les princiignes seraient une dyspnée extrême avec anxiété, et, à la région précorl'absence du bruit respiratoire avec matité. Ces hydropisies se rencontrent palement chez les enfants délicats et lymphatiques, dans la saison froide r suite d'un refroidissement, et plus fréquemment dans certaines épidémies ans d'autres. Les accidents nerveux qui compliquent la maladie de Bright 2), et notamment l'éclampsie (Barthez et Rilliet), sont quelquefois la pre révélation de cette maladie à la suite de la scarlatine, et ils doivent sug l'idée de l'examen des urines, que l'on trouve ordinairement albumies (*Voy.* ANASARQUE, ALBUMINURIE, BRIGHT [Maladie de).

Pronostic. — La scarlatine se termine par la guérison dans la plupart des mais elle est grave dans certaines épidémies. Elle l'est surtout lorsqu'elle nomale, lorsqu'elle se déclare dans le cours d'une autre maladie, ou lors survient des complications. Legendre a fait remarquer que l'anasarque atineuse aiguë est le plus souvent suivie de guérison. J. Tripe, qui en a réuni de trois cents faits, porte la proportion de la mortalité par cette complin à soixante-trois pour cent (*Voy. Arch de méd.*, 1854). On a donné le impropre de *malignes* aux scarlatines devenant rapidement très-graves par sion de complications ou de phénomènes insolites, et dont l'apparition est ndue et inexplicable.

IATIQUE (Névralgie). — *Voy.* NÉVRALGIES, p. 678.

IE (Bruit de). — *Voy.* VASCULAIRES (Bruits).

LÉRÈME, SCLÉRODERMIE. — Cette maladie est caractérisée par reté *résistante de la peau et des tissus sous-jacents*, qui produit l'imlisation de la face ainsi que la gêne ou l'impossibilité de mouvements dans parties atteintes. Le sclérème est différent chez l'enfant et chez l'adulte.

— *Chez l'enfant* nouveau-né, comme l'a démontré Valleix, c'est un vériœdème *dur* envahissant successivement tout le corps, plus prononcé vers arties déclives, avec coloration des téguments en *rouge plus ou moins* é (coloration qui a été prise pour la rougeur d'un érysipèle) et plus tard ne *teinte jaune;* la *température* du corps baisse notablement (de 37° à selon H. Roger), en même temps qu'il y a une torpeur remarquable de la *ulation* et de la *respiration*. — Cette affection de l'enfance survient sous uence du froid et des mauvaises conditions hygiéniques; elle entraîne que constamment la mort en trois à cinq jours, sans dépasser vingt jours. ux a réussi à faire disparaître le sclérème des nouveau-nés par le massage, ui démontre sa nature œdémateuse.

tte affection, facile à reconnaître, a néanmoins une coloration qui a été prise la rougeur de l'*érysipèle*. Quelquefois il y a en réalité à la fois sclérème rsipèle, comme l'a démontré Elsœsser, de Stuttgard (1852).

— ***Chez l'adulte***, le sclérème a été signalé par Thirial dans deux intéres-

santes publications (*Journ. de méd.*, et *Union méd.*, 1847). Plusieurs observateurs en ont publié depuis de nouveaux exemples. Gillette a résumé dans un Mémoire remarquable tous les faits connus (douze), en y joignant deux observations nouvelles, dont une de Nat. Guillot (*Actes de la* Soc. méd. des *hôpit.*, 3e fasc.). Il démontre que le sclérème simple chez l'adulte n'est pas œdémateux comme dans la première enfance.

L'humidité froide en a été la cause habituelle. Il *a constamment occupé les parties supérieures du corps*, il s'est montré à tout âge, et il a affecté plus particulièrement les femmes que les hommes (: 12 . 2). La peau était généralement pâle, parfois parcheminée et comme tannée; chez la malade de Nat. Guillot (femme de 42 ans), la peau des seins rendait un son tympanique à la percussion. Un œdème dur peut à la rigueur simuler le sclérème chez l'adulte; Bouillaud en a signalé, sous le nom d'éléphantiasis des membres inférieurs, un exemple remarquable dû à l'oblitération de la veine cave inférieure. J'ai moi-même observé, chez un malade de l'Hôtel-Dieu, atteint d'une affection valvulaire du cœur (rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche), une anasarque prononcée surtout aux membres inférieurs, où la peau des cuisses offrait la consistance du bois, sans se laisser déprimer ni mouvoir sur les tissus sous-jacents. Mais le siége seul de cet œdème dur au niveau des extrémités pélviennes le distingue du vrai sclérème, *qui a toujours occupé les parties supérieures du corps.*

Voici comment Gillette expose les différences du sclérème des nouveau-nés et de celui des adultes : « Le sclérème des nouveau-nés débute par les parties déclives, l'autre par les parties supérieures; l'un offre les signes ordinaires de l'œdème; chez l'autre, au contraire, ce n'est qu'une très-rare exception. Chez le nouveau-né, la peau subit un refroidissement considérable; elle conserve dans le sclérème simple sa température normale. Dans un cas, le médecin se trouve en présence d'une maladie des plus graves, que les suffusions internes, séreuses et hémorrhagiques rendent à peu près incurable; dans l'autre, pour peu qu'il mette son malade dans des circonstances hygiéniques favorables et qu'il combatte avec prudence les complications, s'il s'en présente, il finit par arriver à la guérison. »

SCLÉROSE. — Le mot *sclérose*, d'abord exclusivement employé pour désigner une altération du cerveau, a été appliqué à d'autres organes, pour dénommer une lésion caractérisée par une induration de tissu due à une exagération des éléments du tissu conjonctif, à une *hyperplasie* interstitielle de ce tissu, pour employer l'expression des micrographes, avec formation de corpuscules amyloïdes, et atrophie des éléments propres de l'organe affecté. Le tissu conjonctif composant la trame de tous les organes, on comprend qu'on puisse trouver partout la sclérose. Cependant c'est une lésion dont les détails n'ont pas encore été suffisamment étudiés.

La *sclérose de la moelle épinière* a principalement attiré l'attention des observateurs modernes. Bornée aux cordons postérieurs de la moelle et des racines attenantes, la sclérose est la lésion de l'ataxie locomotrice progressive (*Voy.* p. 104). Mais cette même lésion occupant les cordons antérieurs ou latéraux de la moelle a donné lieu à la *paralysie* ou à la *contracture*, l'une et l'autre de ces conséquences se généralisant quand la lésion est disséminée comme l'ont montré Jaccoud, Vulpian et Charcot. Plus récemment L. Ordenstein a publié un travail sur le même sujet (1868).

Jaccoud a étudié la sclérose diffuse de la moelle et les symptômes qui s'y rattachent dans une de ses leçons cliniques (1867). Une *douleur* au niveau de la colonne vertébrale, s'étendant aux membres, avec exaspération à la pression

·taines apophyses épineuses et des parties adjacentes, de temps en temps :cès *paroxystiques* subits, d'une grande violence, pouvant se prolonger ıt deux à quatre jours, empêchant le sommeil et faisant redouter les res mouvements, revenant à quelques jours ou quelques semaines d'inter- *paralysie* des quatre membres, envahissant successivement des groupes scles d'une manière inégale; plus tard, *analgésie*, et *anesthésie* des sen- ; de la température également disséminées, et enfin *incontinence* d'urine matières fécales : tels sont les symptômes qui ont été notés par Jaccoud ın fait remarquable, dont l'évolution, de plusieurs années de durée, fut mment apyrétique. Les muscles n'étaient pas atrophiés et répondaient à ıtion électrique, ce qui différencie les faits de ce genre des paralysies :inées *dues à l'atrophie des nerfs* (*Voy.* p. 721). Les douleurs vertébrales, elles existent, sont un très-bon signe de la lésion de la moelle. Charcot ié un fait intéressant d'hystérie (*Soc. des hôp.*, 1865) dans lequel, avec rose des cordons latéraux de la moelle, il y avait *contracture permanente* ıatre membres. Cette contracture peut se montrer par accès irréguliers. t que tous les troubles de la myotilité, ataxie, paralysie, contractures, ıt s'observer avec cette lésion de la moelle épinière. Mais les contractures lus rares. Ordenstein (*Sur la paral. agitante et la sclérose*, etc., 1868) :hé une grande importance au tremblement comme symptôme de la sclérose ıques généralisée; mais c'est un signe inconstant comme la contracture. ›ien observé la sclérose du bulbe dans la *paralysie agitante;* mais cette pourrait n'être que consécutive (*Voy.* p. 735), car on ne l'a trouvée qu'à ériode très-avancée de la maladie.

sclérose des autres organes conduit à l'atrophie de leurs éléments normaux, .ccompagne souvent de paroxysmes douloureux comme au niveau de la e. — Il s'y joint souvent une dégénérescence amyloïde, comme on le voit ie lorsqu'il est dur, uniformément augmenté de volume, en même temps e manifestent des congestions douloureuses, l'ictère et des troubles diges- – La même lésion se rencontre, dans des conditions diverses, au niveau oumons, où elle a été improprement appelée cirrhose. Les tubercules et latations bronchiques en sont les principaux points de départ. — Enfin on jouer à la sclérose vasculaire, avec ou sans dégénérescence amyloïde, un ans la production des hémorrhagies (p. 480). Mais cette question, comme le la sclérose en général, est encore trop peu élucidée pour que je m'y davantage.

OLEX. — *Voy.* ENTOZOAIRES (Ténias), p. 362.

OLIOSE. — *Voy.* DÉVIATIONS VERTÉBRALES.

ORBUT. — Cette maladie générale, qui dépend d'une altération profonde ıg inconnue dans sa nature, a été l'objet de travaux extrêmement nom-

Éléments du diagnostic. — Les plus caractéristiques s'observent au ı de la bouche et de la peau. Les *gencives* sont gonflées, ramollies, sai- ›s, ulcérées; l'haleine est très-fétide; la *face* est très-pâle, bouffie; les et les caroncules lacrymales sont parfois verdâtres; les membres inférieurs *ıfiltrés;* il apparaît des *pétéchies* dans diverses parties du corps, et, spon- ent ou sous l'influence d'une pression ou d'une contusion même légère, *:chymoses* ou même des tumeurs sanguines sous-cutanées. A ces phéno- ; se joignent les suivants : *gêne de la respiration* et *palpitations* au re mouvement, *douleurs plus ou moins vives* dans diverses parties du surtout aux lombes, aux membres, et principalement aux membres infé-

rieurs (Fauvel), *faiblesse* et *répugnance aux mouvements* prononcés; intelligence le plus souvent intacte; *pouls* dépressible, ralenti; *souffle carotidien* non constant; *hémorrhagies* par diverses voies; *sang* liquide, noirâtre, se coagulant par grumeaux; *déjections* plus ou moins fétides. Quand la maladie est très-avancée, *les dents s'ébranlent et tombent*, il y a un *collapsus* profond, des *syncopes* au moindre mouvement; les ecchymoses se transforment en *ulcères fongueux* et saignants au moindre contact, et il peut survenir des *convulsions* ou des *contractures* permanentes des membres.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le scorbut se reconnaît facilement lorsqu'il se montre parmi des hommes réunis en grand nombre et soumis en commun à des influences hygiéniques qui favorisent le développement de la maladie, comme l'encombrement habituel dans un espace insuffisant, une alimentation malsaine, l'usage exclusif de viandes salées, ainsi que cela a pu s'observer parmi les marins, dans les armées, les prisons, etc. Le diagnostic ne peut offrir de certitude que lorsque le scorbut se développe isolément chez un individu exposé à des causes habituelles de débilitation, soit hygiéniques, soit par le fait de maladies antérieures, d'abus de mercure, de grands excès ou de fatigues excessives.

Dans tous les cas, c'est sur l'ensemble des symptômes qu'il faut se guider, et principalement sur l'état de la bouche, sur l'état cachectique et les hémorrhagies. Isolément considérés, en effet, les symptômes pourraient être mal interprétés, surtout lorsqu'il en est un qui est prédominant. Avant que les lésions des gencives soient bien caractérisées, il y a quelquefois au début une débilité générale, une gêne de la respiration, des palpitations, et des douleurs dans les membres, qui pourraient être mal interprétées. L'état fongueux des gencives et l'ébranlement des dents que produisent d'autres maladies (stomatite mercurielle, ostéomalacie) ne sauraient être attribués au scorbut sans inattention. Dans l'ostéomalacie, il y a des déformations des os caractéristiques; cependant on n'oubliera pas que la fragilité des os et les fractures spontanées, observées dans cette maladie, sont quelquefois aussi la conséquence du scorbut. Un état des gencives analogue à celui du scorbut se rencontre également parfois avec le purpura, et il est alors bien difficile de distinguer les deux maladies cachectiques l'une de l'autre, à moins qu'il n'y ait une putridité scorbutique très-prononcée des gencives. Ce qui le prouve, c'est qu'on a réuni les deux maladies dans un même genre (Mason Good). — Les hémorrhagies et les tumeurs sanguines sous-cutanées pourraient faire croire à une HÉMOPHILIE seulement, si l'on ne tenait pas compte des autres symptômes.

Les *hémorrhagies*, les *gangrènes*, peuvent d'ailleurs être assez prédominantes pour constituer de véritables *complications*. On a aussi attribué au scorbut certaines blennorrhagies non virulentes, et l'on a dénommé scorbutiques des maladies simplement concomitantes du scorbut ou d'une cachexie pétéchiale analogue.

3° *Pronostic.* — Il varie suivant l'état plus ou moins avancé de la maladie, suivant son intensité, et les causes principales qui en sont le point de départ. Le scorbut est en particulier très-grave lorsqu'il survient comme complication d'une autre maladie, de la pellagre par exemple.

SCORPION. — *Voy.* VENINS.

SCROFULES. — Il s'agit ici d'une affection constitutionnelle dont on ignore la nature, et qui se caractérise par des manifestations très-diverses. Elle a été bien étudiée par un certain nombre d'observateurs, et notamment par Milcent (1846), Lebert (1849), et Bazin (1858). Pour ce dernier auteur, l'es

: des manifestations pathologiques de la scrofule a pour caractères géné-
ι fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siége ordinaire
›areils tégumentaire, lymphatique et osseux.

Éléments du diagnostic. — Les manifestations scrofuleuses ou stru-
s sont locales ou générales. Les premières se montrent d'abord dans les
ons du cou, qui forment de petites tumeurs mobiles, indolentes, isolées,
: réunissant pour former une ou plusieurs masses bosselées, dures, qui
nment d'une manière lente et qui donnent lieu alors à des *abcès* à mar-
ronique dont le pus est mal lié, grumeleux, et dont la *cicatrisation*,
ée d'amincissement et de décollement de la peau, est irrégulière, avec
llies et des enfoncements caractéristiques. La même manifestation peut
ıieu au niveau d'autres ganglions, ceux des aisselles, des aines, par
e. Des altérations cutanées particulières dénommées par Bazin SCROFU-
Voy. ce mot) donnent également lieu à la production de lésions et de
ations difformes particulières. Enfin des *fistules* ayant pour point de dé-
s *caries* ou des *nécroses* osseuses, des *périostites* avec ou sans sup-
n, des *tumeurs blanches*, et des inflammations dites scrofuleuses
almie, *coryza* aigu ou chronique), constituent d'autres manifestations
utiles au diagnostic, et auxquelles viennent s'ajouter quelquefois les tu-
:s pulmonaires. — Outre la *faiblesse générale*, la *pâleur*, l'*amaigrisse-*
il peut exister, comme symptômes généraux, ceux qui succèdent aux sup-
ns prolongées, et ceux de la fièvre hectique quand la phthisie se déclare.

nductions diagnostiques. — Cet ensemble de symptômes, générale-
dmis comme caractérisant la scrofule, est assez net pour permettre de
aître aisément la maladie. Mais selon Bazin, il faudrait encore admettre,
se rattachant à la scrofule, une foule d'états pathologiques dont la na-
rumeuse, pour un assez grand nombre d'entre eux, aurait besoin d'être
trée. Il considère comme caractérisant une première période des scro-
se montrant entre les deux dentitions : les gourmes, les pseudo-teignes
a ou impétigo du cuir chevelu), les aphthes, l'induration hypertrophique
ygdales, ainsi que plusieurs autres affections, et il qualifie de *scrofule*
ıle toutes les affections tuberculeuses thoraciques, abdominales et céré-
Cette manière ingénieuse d'envisager la scrofule n'est pas assez complé-
justifiée dans tous ses détails pour que l'on puisse en tirer parti pour le
stic de l'affection strumeuse, diagnostic qui se fonde principalement
symptômes que j'ai d'abord rappelés.

echerche des *causes* peut aussi fournir des données utiles. Les mieux
trées sont l'encombrement, le défaut de lumière, une température basse
locque), et l'hérédité. C'est surtout chez les enfants, et de préférence
:ux du sexe féminin, que se développe la maladie.

tumeurs ganglionnaires de nature non scrofuleuse constituent presque la
articularité pathologique qui puisse en imposer pour des scrofules (*Voy.*
PATHIES). — Je ne ferai que signaler la possibilité de confondre les tu-
blanches avec le RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE (*Voy.* p. 935), et la
pleuro-cutanée qui s'établit parfois dans le cours de l'empyème avec
ui provient d'une carie costale.

. admis des formes *bénigne*, *grave* ou maligne, *cachectique*, et une
ıiguë, qui est seulement remarquable par la rapidité de son évolution,
xtrêmement rare, car la scrofule est presque toujours très-lente dans sa
:.

Pronostic. — La scrofule n'est pas grave lorsque les accidents restent

rieurs (Fauvel), *faiblesse* et *répugnance aux mouvements* prononcés;
ligence le plus souvent intacte; *pouls* dépressible, ralenti; *souffle* car
non constant; *hémorrhagies* par diverses voies; *sang* liquide, noirâtre,
gulant par grumeaux; *déjections* plus ou moins fétides. Quand la mal
très-avancée, *les dents s'ébranlent et tombent*, il y a un *collapsus*
des *syncopes* au moindre mouvement; les ecchymoses se transf
ulcères fongueux et saignants au moindre contact, et il peut surven
vulsions ou des *contractures* permanentes des membres.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le scorbut se reconnait facilem
se montre parmi des hommes réunis en grand nombre et soumis
des influences hygiéniques qui favorisent le développement de
comme l'encombrement habituel dans un espace insuffisant, une
malsaine, l'usage exclusif de viandes salées, ainsi que cela a pu s'
les marins, dans les armées, les prisons, etc. Le diagnostic ne
certitude que lorsque le scorbut se développe isolément chez un
à des causes habituelles de débilitation, soit hygiéniques, so
maladies antérieures, d'abus de mercure, de grands excès ou
sives.

Dans tous les cas, c'est sur l'ensemble des symptômes qu'i
principalement sur l'état de la bouche, sur l'état cachectiqu
gies. Isolément considérés, en effet, les symptômes pourrai
surtout lorsqu'il en est un qui est prédominant. Avant que
cives soient bien caractérisées, il y a quelquefois au début
une gêne de la respiration, des palpitations, et des douleu
qui pourraient être mal interprétées. L'état fongueux des
ment des dents que produisent d'autres maladies (stoma
malacie) ne sauraient être attribués au scorbut sans inatt
lacie, il y a des déformations des os caractéristiques;
pas que la fragilité des os et les fractures spontanées,
ladie, sont quelquefois aussi la conséquence du scorb
analogue à celui du scorbut se rencontre également
il est alors bien difficile de distinguer les deux mal
l'autre, à moins qu'il n'y ait une putridité scorbu
cives. Ce qui le prouve, c'est qu'on a réuni les
genre (Mason Good). — Les hémorrhagies et l
nées pourraient faire croire à une HÉMOPHIL
compte des autres symptômes.

Les *hémorrhagies*, les *gangrènes*,
nantes pour constituer de véritables com
but certaines blennorrhagies non virul
maladies simplement concomitantes
analogue.

3° *Pronostic*
suivant s
scorb

es, puis blanches, en cas de guérison. — La scrofulide *verruqueuse* des plaques rugueuses, inégales, hérissées de saillies mamelonnées, qui ıinent par des ulcérations, et souvent par résorption interstitielle. Cette succède souvent aux formes pustuleuse ou tuberculeuse. — La scrofulide *uleuse*, qui est le véritable *lupus* des auteurs, est la forme la plus grave; cupe le plus souvent la face, où elle présente deux variétés basées sur ›nce ou l'absence d'ulcérations. La scrofulide *tuberculeuse sans ulcé-* est caractérisée par des plaques arrondies, circulaires ou à contours iers. Elle s'affaisse avec le temps avec cicatrices, sans qu'il y ait ulcéra- La scrofulide *tuberculeuse ulcéreuse* est beaucoup plus grave; elle te, comme la variété précédente, des tubérosités qui se ramollissent et nent le siége d'*ulcérations serpigineuses*, qui s'étendent en surface ou ıfondeur, et détruisent la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les ges et même les os. De là des cicatrices hideuses. — La scrofulide *moneuse* n'est qu'un abcès scrofuleux, avec teinte violacée de la peau. — la sixième forme de scrofulide de Hardy, la scrofulide *cornée*, est carac- ɜ par une tache plus ou moins large, un peu proéminente au-dessus de ıu, avec une multitude de petites saillies sèches, comme cornées. La isation déprimée, sans ulcération préalable, leur succède comme dans la rt des autres formes.

Pronostic. — Il est toujours grave, dit Hardy, car la maladie est longue, ıe guérit pas toujours; et dans les cas où la guérison a lieu, elle laisse tigmates indélébiles de son passage, et des difformités parfois hideuses. La idence d'autres affections, de tubercules pulmonaires par exemple, aug- ɜ, cela va sans dire, la gravité du pronostic; cependant il est des maladies, ıe l'érysipèle, la variole, la fièvre typhoïde, qui modifieraient le plus nt les scrofulides d'une manière favorable.

DIMENTS. — *Voy.* URINES.

NS, SENSIBILITÉ. — J'aurais à entrer dans de grands détails sur ns et sur la sensibilité générale sous le rapport du diagnostic, si je n'avais ce sujet dans une foule d'autres articles. Sans parler de l'usage que l'ob- eur fait de ses sens pour l'exploration du malade, je rappellerai que l'on consulter, pour la vue, les mots ŒIL, AMAUROSE; pour l'ouïe, OTITE, SUR- pour le goût, LANGUE, GUSTATION; pour l'odorat et la sensibilité tactile, ots ANESTHÉSIES et HYPERESTHÉSIES, qui se rapportent à la paralysie ou à ation de la sensibilité. L'état de la sensibilité musculaire est constaté à de l'ÉLECTRISATION LOCALISÉE, et principalement recherché dans les YSIES ou les affections qui les simulent. Cette simple indication est suffi- car les troubles de la sensibilité attirent rarement l'attention en dehors ınesthésie, ou de l'hyperesthésie, dans laquelle on doit comprendre la UR. Il n'y a que les sensations spontanées bizarres que produisent les *séminales*, les tumeurs *hydatiques*, la présence des *entozoaires* dans testins, et, vers l'hypogastre, la *grossesse commençante*, qui méritent ıention particulière.

ıut principalement chercher l'origine des troubles morbides de la sensi- dans les lésions des centres nerveux ou des nerfs, dans les altérations du dans les intoxications ou les névroses. Parmi ces dernières, l'hystérie oc- ıne place à part, comme résumant à elle seule presque tous les phéno- morbides qui sont susceptibles d'affecter la sensibilité et les sens.

PTIQUES. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS, p. 335.

REUSES (Membranes). — Les séreuses que renferment le crâne, le

SEXE. — Quoiqu'une foule de maladies soient comm
la femme, la connaissance du sexe est un fait qui met so
diagnostic dès que sont accusés les premiers symptômes
est surtout vrai pour la femme, si souvent affectée du côt
nitaux depuis la vulve jusqu'aux organes intra-pelviens l
chez laquelle la menstruation, la grossesse, l'état puerpéral,
source d'un si grand nombre de maladies. L'organisation gé
et sa manière de vivre la prédisposent aussi à contracter p
certaines affections que d'autres. Il en est de même de l'h
de son appareil génito-urinaire qu'en raison de ses profes
sa manière de vivre, de ses habitudes, etc. De là les différ
plus ou moins notables qui existent pour une foule de mala
et l'homme.

SIALORRHÉE. — *Voy.* Salivation.

SIBILANTS (Râles). — *Voy.* Rales.

SIFFLEMENTS. — *Voy.* Rales, et Vasculaires (Br

SILLONS. — *Voy.* Gale et Ongles.

SIMULATIONS, SIMULÉES (Maladies). — Un r
de symptômes ou de maladies sont simulés dans des buts
faire exempter ou réformer du service militaire, pour séjour
exploiter la pitié, ou enfin pour exciter l'intérêt, comme le
tériques. Il me suffira de signaler ces simulations, car lorsq
on évite facilement le piége Un interrogatoire adroitement
prétendu malade à répondre sérieusement à des questions r
les conditions particulières et choisies dans lesquelles se pl
examen aussi complet que possible, que la sagacité du méde
dans le but de dévoiler l'erreur, et enfin la prescription d'u
ment violent, feront ordinairement découvrir la simulation.
là, il faut la soupçonner. Or, les faits les plus difficiles à

ses; l'*incontinence d'urine*, les *pertes séminales involontaires* (simu-
ar la masturbation), la *grossesse*. Parmi les plus singulières, il faut placer
iulations étranges des hystériques, qu'il faut toujours, sinon soupçonner,
ins prévoir chez les femmes, naturellement portées à l'exagération. On a
ie simuler pendant deux ans un éléphantiasis à l'un des membres supé-
, en serrant fortement la racine du membre, l'autre prétendre vivre sans
r, etc. Le *scorbut* est simulé par des détenus avec un linge imprégné de
de vinaigre, maintenu appliqué sur les gencives, et par des contusions
ligatures sur les membres; la *blennorrhagie*, avec de l'écorce de garou
iite dans le canal de l'urètre.

exemples sont suffisants pour donner une idée des ressources de l'ima-
n des individus qui se livrent à la simulation. De toutes celles que je
l'énumérer, la plus fréquemment pratiquée est sans contredit l'épilepsie.
ıcés sphygmographiques du pouls permettraient facilement de reconnaître
ılation, si les faits intéressants publiés par Aug. Voisin, que j'ai rappelés
. EPILEPSIE (p. 373), venaient à se confirmer.

IF. — L'exagération de la soif constitue un des signes habituels des affec-
ébriles, et en particulier de la fièvre elle-même. Indépendamment de la
l'exagération de la soif se rencontre dans la GLYCOSURIE, la POLYURIE,
es ENTOZOAIRES des voies digestives. Elle est très-vive dans la RAGE, de
qu'après la morsure de la vipère, mais alors elle coïncide avec d'autres
nts graves qui sont les principaux signes de la maladie.

MMEIL, SOMNOLENCE. — Dans l'état morbide, le sommeil peut
ul, interrompu, modifié ou exagéré.

ısomnie, complète ou incomplète, n'a qu'une valeur relative dans les
reuses maladies où elle se montre, car elle constitue isolément un signe de
'importance. La *fièvre en général*, principalement dans les *pyrexies* et
les autres *affections aiguës* d'une certaine intensité, de même que les
lies non fébriles que caractérisent des *troubles fonctionnels* incompatibles
le sommeil, et certaines *névroses*, s'accompagnent d'insomnie plus ou
continue. — Assez souvent, le sommeil est non-seulement interrompu,
roublé par des rêves de nature diverse, ou par des réveils en sursaut, des
emars, comme on le rencontre dans les maladies du cœur, dans la péri-
e, etc. Le cauchemar, avec sentiment d'oppression épigastrique, anxiété
ne, palpitations et réveil subit, se montre quelquefois comme névrose
iittente survenant chaque nuit à la même heure, ainsi que l'a observé
z (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1856). J'ai vu un exemple de ce
chez un enfant.

tendance exagérée au sommeil, ou la somnolence, n'est assez souvent qu'un
ier degré du COMA. D'autres fois, la facilité de l'*assoupissement après le*
est la conséquence de la *pléthore*, ou de la *congestion* céphalique, de la
epsie, de l'*indigestion*, d'une *constipation* habituelle, sans qu'on y doive
e signe constant d'une prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale, comme le
le vulgaire. Les différentes formes de la dyspepsie doivent surtout ne pas
perdues de vue comme origines fréquentes de la somnolence après les
(*Voy.* COMA).

NORE (Phénomène), **SONORITÉ.** — *Voy.* BRUITS ANOMAUX.

NS. — *Voy.* BRUITS ANOMAUX.

UBRESAUTS DES TENDONS. — Les contractions musculaires
ées et involontaires, qui produisent les soubresauts des tendons visibles ou
à la palpation, sont tantôt un simple phénomène accessoire d'une maladie

la région précordiale, pour entendre plus particulièrement le cœur gauche. ais l'examen du pouls, en même temps que l'on ausculte, est le meilleur yen de bien déterminer le temps de l'évolution du cœur occupé par le souffle omal. On n'oubliera pas que la pulsation du pouls n'est pas synchrone du emier bruit du cœur dans l'état normal, comme on l'a dit, sauf aux carotides, is qu'elle s'enchaîne avec lui et le suit immédiatement; elle précède toujours si le second bruit, et par conséquent le grand silence. L'exploration simul-ée du pouls permettra souvent ainsi de distinguer le premier bruit du ond dans les cas difficiles.

2° Le *siége* du souffle cardiaque est aussi une donnée nécessaire à connaître ur la localisation anatomique de la lésion; aussi doit-on avoir présents à la sée les différents points du thorax auxquels correspondent les différentes ties du cœur : base, pointe, ventricules, oreillettes, tout en tenant compte modifications de position que les maladies peuvent produire. C'est surtout position de la base du cœur au niveau de l'articulation de la troisième côte che avec le sternum, qu'il est nécessaire de connaître, de même que le point se trouve la pointe du cœur, qui bat chez l'homme sain au niveau du *qua-ème* espace intercostal gauche, au-dessous du mamelon, et non dans le cin-ième, comme on se le figure encore.

3° Enfin la *direction* du souffle dans le sens de son altération ou de son forcement, est d'une utilité fondamentale dans l'étude des souffles cardia-es, comme je le rappellerai fréquemment dans ce qui va suivre.

Ces remarques faites, voyons à quel diagnostic on arrive en supposant écartées difficultés d'exploration, et en admettant avant tout que les lésions des vules se manifestent par des souffles ; car on sait qu'il n'en est pas toujours si.

On peut réduire à quatre les conditions qui peuvent se présenter :

a. — Le souffle *précède immédiatement le premier bruit* du cœur et le uvre ensuite ;

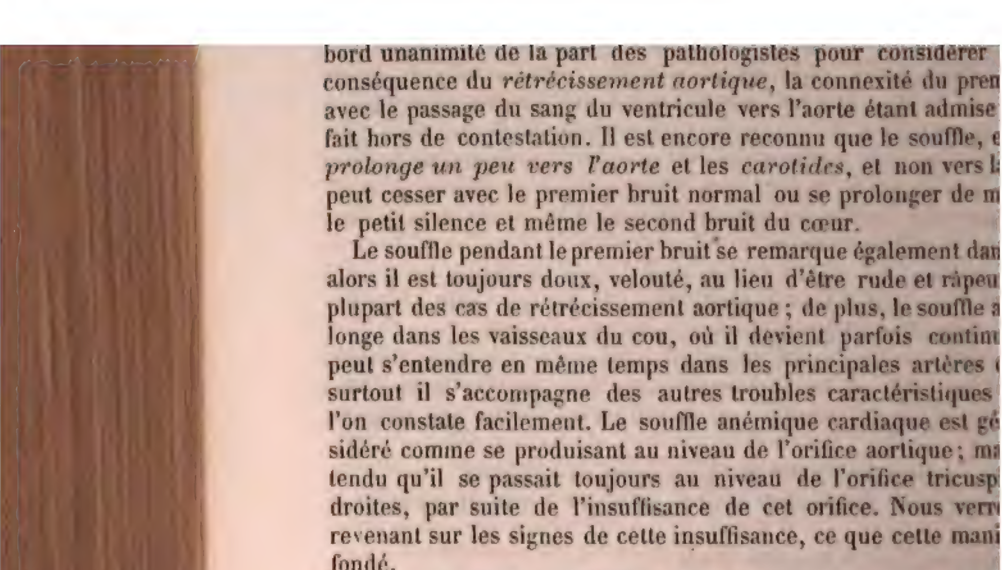
b. — Il apparaît *pendant le premier bruit ;*

c. — Le premier bruit est naturel et le souffle survient *pendant le petit silence*, st-à-dire avant le second bruit ;

d. — Enfin il a lieu *pendant le second bruit* du cœur.

On voit par ce simple exposé que l'important, en pareil cas, est de bien pré-er le début de chaque bruit anomal dans le cours de l'évolution du cœur, et ne pas se contenter, comme on le fait le plus souvent, de constater le souffle premier ou au second bruit, au lieu de s'inquiéter s'il les précède d'abord médiatement l'un ou l'autre. Voyons à quel diagnostic on peut arriver dans différentes circonstances.

A. — *Le souffle précède immédiatement le premier bruit du cœur.* — Ce i a longtemps empêché de tenir compte de ce signe ainsi formulé, c'est que bruit anomal précède de très-peu le premier bruit du cœur *et l'accompagne suite*, ce qui faisait rentrer les faits de cette espèce dans la masse des cas altération du premier bruit du cœur. Fauvel, observant avec plus de soin que devanciers à ce point de vue (*Arch. de méd.*, 1843, t. I), démontra que la rticularité qui m'occupe coïncidait avec un *rétrécissement de l'orifice itral* ou auriculo-ventriculaire gauche, fait entrevu déjà par Barth et Roger et r Gendrin. Tantôt ce souffle, qui survient pendant le long silence, cesse ssitôt que le premier bruit normal se fait entendre, et tantôt il se prolonge de anière à le masquer plus ou moins complétement. En pareil cas, le maximum bruit anomal a lieu *au niveau du cartilage de la troisième côte gauche*



bord unanimité de la part des pathologistes pour considérer
conséquence du *rétrécissement aortique*, la connexité du prem
avec le passage du sang du ventricule vers l'aorte étant admise
fait hors de contestation. Il est encore reconnu que le souffle, e
prolonge un peu vers l'aorte et les *carotides*, et non vers la
peut cesser avec le premier bruit normal ou se prolonger de m
le petit silence et même le second bruit du cœur.

Le souffle pendant le premier bruit se remarque également dan
alors il est toujours doux, velouté, au lieu d'être rude et râpeu
plupart des cas de rétrécissement aortique ; de plus, le souffle a
longe dans les vaisseaux du cou, où il devient parfois contin
peut s'entendre en même temps dans les principales artères
surtout il s'accompagne des autres troubles caractéristiques
l'on constate facilement. Le souffle anémique cardiaque est gé
sidéré comme se produisant au niveau de l'orifice aortique ; ma
tendu qu'il se passait toujours au niveau de l'orifice tricuspi
droites, par suite de l'insuffisance de cet orifice. Nous verr
revenant sur les signes de cette insuffisance, ce que cette mani
fondé.

Avant le travail de Fauvel, cité plus haut, il avait été établ
Beau, en France, et par Hope, en Angleterre, qu'un bruit an
temps du cœur (pendant le premier bruit normal) était aussi u
cissement auriculo-ventriculaire ; et depuis que Fauvel avait f
signe commençait par *précéder* le premier bruit normal, et
voulu démontrer que le rétrécissement auriculo-ventriculai
souffle qui se renforçait vers la pointe du cœur, tandis que cel
ment ventriculo-artériel se prolongeait vers l'aorte, le diag
semblait devenu plus facile. Mais pour Hérard, le rétrécissem
triculaire donne lieu à un souffle tantôt *un peu avant le*

is ou quatre bruits successifs au lieu de deux (Bouillaud). Ces bruits se it alternativement dans les cavités gauches et droites, par suite d'un défaut ntel de synchronisme.

voit en définitive combien il y a, en général, de difficultés dans l'interpré- des bruits de souffle. Malheureusement il y a des cas dans lesquels l'ana- es bruits du cœur est tellement difficile, comme je l'ai déjà rappelé, que dans un même fait, soumis à plusieurs observateurs expérimentés, le être placé, par les uns, au premier temps, et par les autres, au second

— *Le souffle a lieu après le premier bruit, pendant le petit si-* — Ce signe a été attribué à l'*insuffisance mitrale*, mais sa valeur dans n'est pas nettement formulée, et l'on conçoit que l'on puisse facilement ier au premier bruit du cœur un souffle qui lui succède pour cesser im- tement à l'apparition du second bruit, et au contraire attribuer à ce der- considérer comme bruit anomal *au second temps* (ou mieux *bruit*) celui pparaissant aussitôt après le premier, se prolonge de manière à couvrir ond. C'est en se mettant en garde contre de pareilles difficultés et en ob- t avec la plus grande attention, que l'on pourra seulement éviter les cau- rreur. Cette réflexion est surtout applicable aux faits dont il va être ques-

- *Le souffle a lieu pendant le second bruit.* — Tant que prévalut ation de Laennec des bruits du cœur, on attribua ce signe au *rétrécis- t auriculo-ventriculaire*. Beau établit qu'il devait être considéré *tou-* omme le signe pathognomonique de l'*insuffisance aortique*. Le fait a onnu vrai dans la généralité des cas ; mais le souffle pendant le second l'est pas pathognomonique d'une insuffisance aortique, et peut avoir une signification, suivant d'autres observateurs. Hérard, en effet, comme je ppelé plus haut, a été amené, par un certain nombre de faits qu'il a ob- à conclure qu'un souffle au second temps était aussi, comme on le pen- a un certain nombre d'années, un signe de *rétrécissement auriculo- culaire*, ce qui est généralement admis. Sans faire en ceci allusion aux Hérard, je ferai remarquer qu'un souffle qui se produit pendant le silence qui suit le second bruit, peut être pris pour un souffle *au second* et que les cas de cette espèce rentrent précisément dans la catégorie de ui, pour Fauvel, présentent un bruit de souffle immédiatement avant le r bruit du cœur.

signification des différents souffles cardiaques est trop sommaire et olée des autres signes concomitants, pour qu'il ne soit pas indispensable enir sur les caractères différentiels des *rétrécissements* et des *insuffi-* des orifices du cœur.

étrécissement de l'orifice aortique.

étrécissement de l'orifice aortique se caractérise par un *souffle* plus ou rude perçu pendant la systole, en même temps que le choc du cœur, mais t se prolonger de manière à couvrir le second bruit. Il a son maximum à du cœur et se prolonge vers l'aorte et dans les artères du cou. Le *pouls*, n a dit à tort irrégulier, est au contraire d'une régularité dont on peut n bon caractère du rétrécissement aortique suivant Marey, qui a recueilli -grand nombre d'observations confirmatives. L'ondée sanguine franchit ment l'étroit orifice ventriculo-aortique ; aussi la diastole artérielle se fait- s lentement que de coutume. Il en résulte que le tracé sphygmographique te une ascension lente, et par conséquent courbe et oblique, *fig.* 243 et

gétations, la soudure de deux ou des trois valvules par leurs bords conti-
Charcelay), leur destruction dans l'endocardite ulcéreuse, et enfin, sans
s valvules soient altérées dans leur texture, le prolapsus d'une de ces
es, leurs ruptures, leurs déchirures, leurs perforations, qui se produisent
uefois tout à coup pendant de violents efforts. A. Guyot pense qu'il peut
r une insuffisance aortique temporaire due à une congestion des valvules,
les dilatations de l'aorte, soit primitives, soit dues au voisinage d'un ané-
e, en produisent quelquefois une permanente, comme toutes les autres
érées tout à l'heure. J'ai entendu Lucien Corvisart signaler à la Société
rvation, en 1852, cette même cause d'insuffisance aortique. Cette coïnci-
d'un *anévry-*
aortique et de
fisance est très-
nte, suivant Ma-

rétrécissement
suffisance aor-
peuvent co-
r, avec double
, et fournir alors
cé qui réunit les caractères des deux pouls, *fig.* 246. — Enfin l'insuffisance
tat sénile des vaisseaux donne un tracé avec ascension verticale suivie du
u caractéristique, comme le montre la figure 247, ou bien une figure avec
larité du tracé, comme seul signe de sénilité.

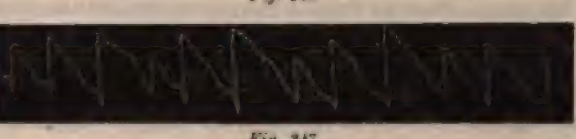


Fig. 246.

Fig. 247.

Rétrécissement mitral.

admettait que le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, ou mitral,
nifestait par un *souffle* perçu immédiatement *avant le premier bruit* du
(*présystolique*), *pendant ce premier bruit* (*systolique*), ou *pendant*
ond bruit (*diastolique*), comme je l'ai dit plus haut, lorsque Marey, se
at sur l'évolution physiologique du cœur, n'admit pas le souffle systolique
ndant le premier bruit) comme signe du rétrécissement mitral, mais
nent les deux autres; le souffle systolique est dû, selon lui, à l'*insuffisance*
le. La coïncidence presque constante des deux lésions rend du reste leur
extrêmement difficile. — Le *pouls* du rétrécissement mitral simple, avec
diastolique (au
d temps), et qui est
rare, n'offrirait pas
ractère bien tran-
suivant les types
s par le savant
logiste que je viens
er, *fig.* 248 et 249.
gularité des pulsa-
y est assez remar-
e. Ils ont ceci de particulier qu'ils diffèrent tout à fait des tracés de l'in-
nce aortique, seule affection qui s'accompagne d'un souffle au second
du cœur, comme le rétrécissement mitral. Le pouls de ce dernier est petit
le au lieu d'avoir l'amplitude apparente et la vibrance de celui de l'insuf-
e aortique.

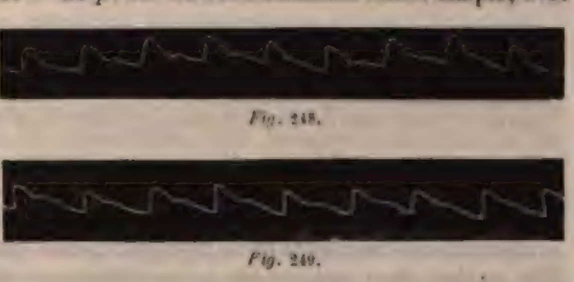


Fig. 248.

Fig. 249.

caractères du rétrécissement mitral ne peuvent être assez nettement ex-
pour que l'on établisse une différence suffisamment caractérisée entre les

fondamental d'être presque toujours d'une irrégularité c
temps très-faible.

Uni le plus souvent au rétrécissement mitral, c'est une
fréquentes du cœur. On peut alors constater deux souffles, av
comme dans le rétrécissement uni à l'insuffisance aortiqu
un examen superficiel confondre ces deux états pathologi
de propagation des bruits anomaux dans les vaisseaux du
reconnaître les lésions mitrales, car cette propagation ne
rétrécissement de l'orifice aortique.

Insuffisance tricuspide.

Il est généralement admis que le souffle de cette i
moment de la contraction ou systole ventriculaire; mais
seul, serait toujours confondu avec celui de l'insuffisanc
compagnait pas de *pulsations caractéristiques des veine*
veineux, qui ne peuvent se manifester que par le fait
valvule tricuspide. Le reflux du sang dans les veines jugu
sidérable et sensible à la palpation; toujours il l'est à la
pelé à l'article POULS VEINEUX que ce reflux pouvait se fa
ment aux jugulaires, mais au niveau de varices des memb
au niveau du foie, qui est alors soulevé en même temps qu
sont dilatées, pendant les systoles cardiaques. — Le *poul*
est régulier et sans petitesse, ce qui, joint au pouls veineux
parfaitement l'insuffisance tricuspide de l'insuffisance m
f

d
d
Fig. 250. — Pouls radial de l'insuffisance tricuspide (Marey fig. 214).
p
p

suffisance mitrale. J'ai rappelé à propos du POULS VEIN

'es de la tricuspide, et le samg est refoulé dans l'oreillette et dans les caves. C'est à ce genre de faits que se rapporte l'insuffisance tricuspide ıtive à la *bronchite capillaire*, à l'*emphysème pulmonaire*, à la *pneu-*, et que Gouraud a décrite dans sa thèse (*Influence pathogén. des malad. n. sur le cœur droit*, 1865).

oit combien sont nombreuses les conditions de l'insuffisance tricuspide. lant Parrot a pensé qu'il fallait encore en élargir le cadre, puisqu'il con- les souffles cardiaques dits *anémiques* comme toujours dus à cette ıance.

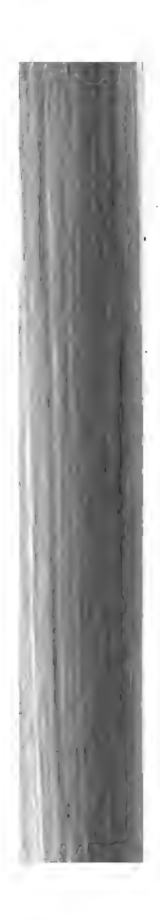
u'à ces derniers temps les différents auteurs, et Potain lui-même *encyclop. des sc. méd.*, t. IV, 1866), ont localisé la production du anémique à l'orifice aortique. Mais Parrot (*Arch. de méd.*, 1866, t. VIII), chant du souffle anémique, comme analogues, les murmures qui se sent dans certaines cachexies, dans l'hypochondrie, l'hystérie, le rhuma- ırticulaire aigu et dans les fièvres, en place l'origine à l'orifice auriculo- ulaire droit, en faisant remarquer que tous ces bruits anomaux s'accompa- ırdinairement d'un pouls veineux des jugulaires externes. Aussi les nomme- *cuspidiens*, en les distinguant en *passifs* ou anémiques, et en *actifs* ou s. Il les explique par l'élargissement du cœur droit et des vaisseaux par ȝ, ou par intervention immédiate du système nerveux dans les fièvres, sement d'où résulterait l'agrandissement consécutif de l'orifice auriculo- ulaire, et partant l'insuffisance de la valvule. Cette manière de voir, génieuse, ne me paraît pas appuyée sur des preuves suffisamment con- ıtes. Elle est même fortement ébranlée par deux particularités qui sont ·vation vulgaire dans l'anémie : la propagation du souffle dans les vais- du cou en l'absence du pouls veineux des jugulaires, et la rareté de ce reineux dans l'anémie.

'a nullement été question dans cet article d'une lésion qui accompagne nment le rétrécissement ou l'insuffisance des orifices du cœur; je veux de l'*induration* avec gonflement plus ou moins prononcé des valvules. ue cette INDURATION, dont il a été question dans un article particulier, e que sur la qualité du souffle, qu'elle rend plus ou moins rude, et encore de très-nombreuses exceptions.

ASMES. — Tout en n'appliquant le mot *spasmes* qu'aux phénomènes sifs des muscles non soumis ou incomplétement soumis à la volonté, il end une foule de contractures, que l'on a constatées au niveau des organes rition.

me pouvant provoquer les spasmes les plus divers, il faudrait rappeler les causes générales des convulsions, dont les spasmes ne sont que des sions particulières. Les altérations du sang et certaines névroses (l'hystérie t) sont les origines principales de ces accidents convulsifs, dont les phé- es varient suivant l'organe atteint.

e fais que mentionner certains spasmes hypothétiques ou réels, qui ne nt pas de description particulière en tant que spasmes. Tels sont : celui *ynx* dans la laryngite dite spasmodique; celui des *bronches*, auquel on a attribuer la production de l'asthme; celui du *cœur*, qui amènerait une ıe mortelle; celui des *intestins*; et ceux des *organes génito-urinaires*, lesquels, chez l'homme, le spasme des muscles éjaculateurs joue un si rôle dans les pertes séminales involontaires. A propos des CONTRACTURES, ıpelé à leur véritable place les convulsions toniques fonctionnelles si cu- s que Duchenne (de Boulogne) a décrites sous la dénomination de *spasmes*



une *inspiration bruyante* suivie de la *cessation de tou* *bilité de la poitrine*, gonflement du cou, fixité des yeux, lèvres, qui peut s'étendre à toute la face, *mouvements de* *battements du cœur* tumultueux et irréguliers comme l à peine sensible. Puis l'air pénètre de nouveau dans les respiration peut alors être un moment trachéale, et l'exp ques mucosités spumeuses, ainsi que je l'ai observé. *En* *accès*, qui sont parfois très-éloignés et peu nombreux, rapprochés, *il ne reste rien de la maladie*. Elle se term asphyxie au moment d'un accès.

2° *Inductions diagnostiques*. — Les accès de spasme ment caractéristiques qu'une erreur de diagnostic semble i la marche de l'affection, par accès intermittents irréguli intervalles de santé en apparence parfaite, a quelque chose que tout diagnostic différentiel semble inutile à discuter.

Ces accès de suffocation ne sauraient être confondus, du CROUP, ni même avec ceux du PSEUDO-CROUP ou *lary* non plus qu'avec les accès de COQUELUCHE, D'ŒDÈME DE LA dus à la présence d'un *corps étranger* dans le larynx, de la trachée ou des nerfs pneumo-gastriques par des *tum* aucune de ces circonstances, il n'y a absence de signe accès.

Le spasme de la glotte est donc facile à reconnaître. S que chose à redouter, dit Hérard, ce serait de ne pas ê et de méconnaître ainsi une affection qui ne laisse aucu même n'a pas attiré l'attention des parents. Cependant l'ét devra suffisamment éclairer le diagnostic en pareil cas.

Il peut avoir existé des accès antérieurs caractéristiques

le plus insignifiant et surtout les efforts de *déglutition*, sur lesquels l a insisté avec raison, sont les plus ordinaires; la colère, le rire, les , toutes les émotions morales, et même le simple abaissement de la avec une spatule pour l'exploration de la gorge, suffisent pour déterminer cès.

ni les *formes* de la maladie, indépendamment de la répétition plus ou rapprochée des accès ou de leur intensité plus ou moins grande, Hérard is qu'il y avait : 1° spasme isolé du larynx; 2° spasme du diaphragme; xistence simultanée des deux spasmes. Tranchées dans les commencements fection, ces trois formes se confondraient plus tard. — Dans le spasme e la glotte, les accidents sont ceux dont il a été question précédemment. ns la seconde forme, le *spasme du diaphragme* joue le rôle principal. 'accès consiste en une ou plusieurs inspirations convulsives et sonores; te fois la glotte est libre, ou tout au plus elle est légèrement resserrée. mptômes asphyxiques existent à peine. — Enfin dans la troisième forme, tre la plus fréquente, il y a une suffocation violente, interrompue par es petites inspirations, et l'asphyxie est portée au plus haut degré.

faut pas perdre de vue non plus les *complications*, quoiqu'elles soient ment des affections intercurrentes. On ne doit considérer comme des cations, ni les *convulsions des membres* qui accompagnent fréquem- 'accès et en font en quelque sorte partie, ni la *somnolence* qui suit par- s attaques, et qui dépend d'une congestion cérébrale passagère. La *rou-* la *pneumonie*, l'*entérocolite*, l'*ophthalmie purulente*, survenant dans ps que dure la maladie spasmodique, l'aggravent au point de la rendre le.

'ronostic. — Le spasme de la glotte est une des maladies les plus graves première enfance. La fréquence et la violence des accès, l'ancienneté de adie et sa marche chronique, le très-jeune âge, une constitution frêle et rition d'une maladie intercurrente ou d'une complication, sont des condi- âcheuses et qui doivent faire craindre une terminaison funeste. Les con- s opposées peuvent en revanche faire espérer une issue favorable de la ie. Les guérisons sont d'ailleurs assez rares, sans que des observations es suffisamment nombreuses aient permis d'en établir la proportion.

Spasme du diaphragme.

spasme du diaphragme, auquel on a donné aussi le nom de contracture, ractérisé par une *dyspnée subite* avec *anxiété* extrême, *immobilisation* base de la poitrine et des parois abdominales, *soulèvement continu de astre et des hypochondres;* mouvements respiratoires rapides et brefs, s à la contraction des *muscles respirateurs supérieurs*, *souffle bron- e* à l'auscultation, *aphonie*, et, si le spasme se prolonge, phénomènes *yxie* et mort.

symptômes caractéristiques ont été signalés par Duchenne, d'après ses ences électro-physiologiques chez les animaux, et d'après un fait observé lette sur un homme qui était affecté déjà de contractures aiguës dans es parties du corps. J'ai vu moi-même en province, avec le docteur Pain, eune personne atteinte d'hémophilie, puis d'hystérie depuis plusieurs s, et qui, depuis peu de jours, offrait plusieurs accès de spasme du dia- me chaque vingt-quatre heures, accès revenant régulièrement aux mêmes s de la journée. Les accidents effrayants semblaient soulagés par une forte ession de la saillie épigastrique; le pouls était calme et la physionomie lle dans les intervalles.

Il est probable que le spasme du diaphragme constitue la terminaison fatale par asphyxie qui survient si rapidement dans certaines affections convulsives, comme dans le tétanos, et dans la chorée grave.

Le rhumatisme du diaphragme (*diaphragmodynie*), observé par Roche à Chenevrier (*Abeille médic.*, 1858), était caractérisé surtout par une *douleur en demi-ceinture* antérieure, à la base du thorax, ou bien par un *accès subit d'étouffement*, avec sensation de constriction aux attaches du diaphragme, anxiété, immobilité de la base de la poitrine, respiration courte, gênée, et costale supérieure. Ces accidents constituaient des accès de deux à huit heures de durée. Il est permis de se demander s'il n'existait pas en pareil cas, non une simple douleur rhumatismale du diaphragme, mais un spasme de moyenne intensité. Quoique ce spasme, en effet, soit un accident extrêmement grave et considéré comme habituellement mortel, trois faits que j'ai été appelé à observer démontrent que *tous les accès* sont loin d'être mortels.

III. **Spasme de l'œsophage** (ŒSOPHAGISME).

Lorsque, chez une personne nerveuse, une hystérique, un hypochondriaque, on voit survenir *tout à coup*, au moment d'un repas, une *dysphagie* avec ou sans rejet immédiat des aliments introduits, et sensation persistante et douloureuse d'un *corps étranger*, d'une *boule* assez volumineuse dans le point qui est le siége de cette dysphagie, et si ces accidents disparaissent après une durée de quelques heures ou d'une journée entière, pour ne plus revenir ou pour se montrer de nouveau à des intervalles irréguliers, on peut diagnostiquer un œsophagisme. Mais les symptômes présentent des particularités qu'il est utile de rappeler.

On a vu la déglutition produire des spasmes si violents, que le malade était forcé de se cramponner à son lit, que sa tête se renversait fortement en arrière et que sa face devenait livide. Il peut y avoir même perte de connaissance, ou bien une angoisse inexprimable qui, chez un sujet observé par Offmann, était due à ce que les aliments ne pouvaient être ni rejetés par régurgitation, ni entraînés dans l'estomac par des liquides. Rien de variable d'ailleurs comme l'influence des substances ingérées : tantôt les boissons chaudes passent plus facilement que les froides, les solides mieux que les liquides, et tantôt c'est le contraire qui a lieu. Dans l'intervalle de ces sortes d'accès provoqués par la déglutition, les symptômes qui existent sont très-variables : la gêne ou la constriction douloureuse qui existe dans le trajet de l'œsophage, tantôt suscite des efforts d'expectoration et fait craindre la suffocation, tantôt donne lieu à des efforts violents pour vomir et quelquefois à des vomissements de mucus; la sensation de boule est variable, quelquefois mobile; et parfois il existe du hoquet, une douleur précordiale plus ou moins vive, une soif prononcée. Enfin on voit quelquefois le spasme se propager aux organes respiratoires; il y a alors suffocation imminente, voix éteinte, respiration saccadée et interrompue.

Les *antécédents* peuvent fournir au diagnostic des données utiles. Parmi les causes de l'œsophagisme, outre le *tempérament nerveux*, l'*hystérie* est la plus fréquente. Mondière, à qui l'on doit l'étude la plus complète de cette affection, signale comme causes indirectes les maladies du *larynx*, des poumons, de l'*utérus*, de l'*estomac*, ainsi que le *rétrécissement organique* inférieur de l'œsophage, qui produirait le spasme de sa partie supérieure. Ces différentes coïncidences sont démontrées par des observations, mais la relation de cause à effet n'est pas toujours justifiée.

L'*inflammation* de l'œsophage, soit *simple*, soit produite par l'ingestion de *substances âcres*, paraît aussi se compliquer quelquefois du spasme qui nous

:. Mais une espèce d'œsophagisme, sur laquelle Mondière a insisté avec , est celle qui caractérise l'*hydrophobie* non rabique (*Voy.* RAGE). vasion subite du spasme de l'œsophage permet de le distinguer facilement tres affections de cet organe. La confusion ne pourrait exister qu'avec is *rétrécissements* et avec la *paralysie de l'œsophage*. Mais pour éviter .r il suffit de se rappeler que, dans la paralysie, il n'y a ni régurgitation des aliments, ni obstacle au passage de la sonde, comme dans l'œsopha- et que si, dans le rétrécissement comme dans le spasme, il y a dysphagie ment de la déglutition et arrêt de la sonde dans le conduit œsophagien, ysphagie, dans le rétrécissement organique, est graduellement *croissante* *ngue* et l'obstacle *permanent;* tandis que, dans le spasme, la dysphagie ite, transitoire, et l'obstacle, au passage de la sonde, temporaire comme ès.

sulte de tout ce qui précède que le spasme de l'œsophage peut constituer ident parfois extrêmement pénible, mais rarement mortel. Une terminai- neste n'a été observée que dans certains cas d'hydrophobie non rabique, es sujets très-fortement impressionnés.

ÉCULUM. — C'est surtout à l'exploration de l'utérus et du vagin que insacrés les spéculums, que l'on a utilisés également pour l'examen de de l'oreille, et même de la bouche (*stomatoscope*), en modifiant leur et leur volume.

: bien appliquer le spéculum, plein ou à valves, il faut d'abord pratiquer her pour s'assurer de la position du col utérin. La femme étant placée a position la plus convenable, sur le bord d'un lit ou d'un siége, les ; écartées et demi fléchies, on écarte les grandes et les petites lèvres de e avec l'indicateur et le médius de la main gauche, et l'on pousse avec la .roite, vers le col utérin, l'instrument muni de son embout; on retire ce : lorsque la pénétration est faite; on cherche ensuite à embrasser avec nité du spéculum le col de l'utérus, que l'on débarrasse au besoin des tés qui le recouvrent, à l'aide d'un tampon de coton et d'une longue *Voy.* DÉVIATIONS UTÉRINES, p. 281.)

ERMATORRHÉE. — *Voy.* PERTES SÉMINALES.

ERMATOZOIDES, SPERME. — Il a été déjà question, à propos RTES SÉMINALES INVOLONTAIRES (p. 800), de la constatation du sperme ns le *liquide écoulé de l'urètre,* soit dans l'*urine*, soit enfin au niveau *:hes* qu'il peut former dans le voisinage des parties génitales, sur la peau le linge de corps. C'est surtout à l'aide du microscope que l'on s'assure présence des spermatozoïdes, signe pathognomonique de l'existence du e. Un sperme renfermant des animalcules nombreux, bien conformés et ;, est considéré comme propre à la fécondation; tandis que celui où on uve plus rares, peu développés, déformés et peu vivaces en même temps, isidéré comme infécond.

HYGMOGRAPHIE. — On a dénommé sphygmographe tout instru- ui fait obtenir la représentation graphique du pouls sur le papier. Vierordt ord imaginé un instrument de ce genre (*Arch. für physiol. Heilkunde*, qui a fait faire à la physiologie de la circulation des progrès réels; mais jue son emploi dans la pratique n'était pas facile, les tracés obtenus étaient sants. Le sphygmographe de Marey, basé sur le même principe, a l'avan- être beaucoup plus léger et plus portatif que celui de Vierordt, d'être ex- nent sensible, et de tracer par conséquent avec une délicatesse extrême uvements et les oscillations du pouls.

Fig. 251. — AA, artère dont on veut explorer les battements. R, ressort fixe à
ayant une extrémité libre qu'on applique sur l'artère, et qui transmet par
soulèvement de l'artère au levier L. Ce levier se meut autour du point O,
cillant verticalement, peut tracer ses mouvements sur un cylindre tournant
vement rectiligne.

La figure 252 le montre appliqué sur l'artère radiale et



Fig. 252. — Sphygmographe de Marey appliqué au bras. — T, vis destinée
venable sur l'artère pour que le levier agisse à la hauteur de la plaque
vers le poignet par le petit appareil d'horlogerie au-dessus duquel elle gliss
levier en mouvement effectue le tracé.

Nous ne croyons pas nécessaire de donner une descri
instrument, dont le but est le suivant : « enregistrer les
tère, non-seulement avec leur fréquence, leur régularité
tives, mais avec la forme propre à chacune d'elle (Marey).
destiné à s'appliquer sur l'artère radiale au poignet. On pe
habitude, l'adapter à d'autres artères, à la tibiale postérie
l'humérale, mais l'application au niveau de la radiale suffi
pratique.

On a cherché à simplifier et à perfectionner le sphygmogr

t du pouls ou *pulsation*. Chaque pulsation se compose, de gauche à droite, *scension*, du *sommet* et de la *descente*; l'ascension représentant l'afflux ng, le sommet afflux, la du- la descente, lement du ui sort du sys- artériel à tra- es vaisseaux ires. — L'as- n peut être le ou obli- uivant le plus ins de rapi- e la projec- u sang dans e; elle peut tre saccadée. sommet de lsation n'est

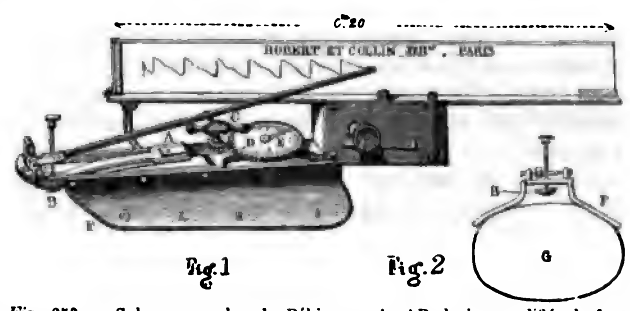


Fig. 253. — Sphygmographe de Béhier. — 1. AB, levier modifié de façon à ne s'appliquer que par la pression de la vis. C, vis de la pression à ailettes commandant la plate-forme D. D, plate-forme graduée (division en grammes). E, aiguille folle destinée à indiquer le point de départ de la pression et la quantité de grammes qui la représente. F, support rendu fixe pour éviter l'application simultanée du levier et de l'instrument. — 2. Coupe simulée du bras, destinée à montrer l'isolement du levier. B, extrémité du levier dont la vis C détermine l'application à une pression déterminée. — F, support rendu immobile et fixant l'appareil sur le bras. G. coupe du bras.

point intermédiaire entre l'ascension et la descente; mais quelquefois il un temps d'arrêt du levier qui fait qu'il existe un *plateau*, qui s'explique, t Marey, par l'induration ou l'ossification sénile des artères. Ce plateau être précédé d'une pointe très-aiguë, ce qui ne s'observe que dans les ascension verticale et par conséquent très-rapide. — La descente coïncide 'abaissement de la pression dans le système artériel. Aussi, plus cette ion baissera vite, plus la ligne de descente sera courte et s'éloignera de zontale. Cette ligne a tantôt une obliquité directe, et tantôt une ou plus s ondulations, qui constituent le dicrotisme (*Voy*. Pouls, p. 876).

ligne d'*ensemble* des tracés sphygmographiques est la direction horizon- ou plus ou moins infléchie ou ondulée qui représente la succession des tions tracées. Cette ligne d'ensemble s'élève ou s'abaisse suivant que la pres- du sang dans la radiale est élevée ou abaissée par une influence quelcon- Si toutes les pulsations sont égales, la ligne d'ensemble reste parfaitement *zontale*; elle est *sinueuse* dès que ces pulsations cessent d'offrir une te régularité. L'influence la plus importante à connaître est celle qu'exerce piration, qui est si intimement liée à la circulation. Dans les grands efforts atoires, la *ligne d'ensemble s'élève pendant l'inspiration et s'abaisse ant l'expiration*, ce qui me paraît tenir non-seulement à la différence de n artérielle dans les deux temps de la respiration, mais aussi à une autre . Dans l'inspiration, en effet, il se produit un afflux plus considérable du ans le cœur, en même temps que cet organe a plus de liberté (et par quent de force) pour chasser dans les artères ce sang plus abondant; dans ation il y a des conditions contraires : moins de sang affluant au cœur, et me temps moins de facilité dans les contractions cardiaques.

s particularités de la sphygmographie sont indispensables à connaître afin n comprendre les données diagnostiques qu'elle fournit (*Voy*. Pouls et LES cardiaques).

INALE (Région). — *Voy*. Rachis.

IROMÉTRIE. — Ce moyen de mesurer la capacité respiratoire du thorax né par Hutchinson (*On the Spiropter*, 1846), et sur lequel Lasègue a pu

lié une excellente revue critique (*Arch. de méd.*, 1856, t. VII), n'a pas p
lace dans la pratique, ce qui tient à la fois au volume considérable de l'appareil
t à la difficulté d'arriver à des conclusions exemptes de contestation. Cepen-
lant le spiromètre a fourni des résultats qu'il est important de connaître;
royons-nous devoir lui consacrer cet article.

1° *But.* — La spirométrie sert à mesurer la capacité de la poitrine,
apacité totale de ses vides respiratoires, mais seulement celle qui correspond
a quantité d'air inspiré et expiré, indépendamment du résidu qui ne peut
xpulsé, même par l'expiration volontaire la plus énergique. On cherche
léterminer, par les constatations spirométriques, les diminutions accidentelles
que les lésions pulmonaires ou autres peuvent produire dans la quantité
qui pénètre les poumons, et par suite l'existence de ces lésions lorsqu'elles
échappent à toute autre investigation.

2° *Moyens d'exploration.* — Le spiromètre de Hutchinson est simplement
un petit gazomètre, muni d'une échelle fixe et d'un indicateur mobile qui suit
mouvements du récipient d'air, et les indique sur l'échelle graduée. Chaque
correspond à un volume d'air, déterminé. Le récipient à air plonge dans un
servoir rempli d'eau; il est en communication avec la poitrine du sujet
périence, à l'aide d'un tube en caoutchouc, terminé par un embout
Cet appareil de Hutchinson, très-volumineux, a été modifié par plusieurs
teurs : par A. Bonnet (de Lyon), qui a employé comme spiromètre le
à gaz modifié; par J. Guyot, dont l'instrument est basé sur le même
que le compteur; par Boudin, qui a imaginé un moyen de spirométrie
extrême simplicité, mais sur la précision duquel il est impossible de
fig. 254 et 255. Le meilleur spiromètre paraît être celui de Schnepf, dans
l'action de la pesanteur de la cloche à air est compensée par un contre-poids
la chaîne passe sur une poulie, *fig.* 256.

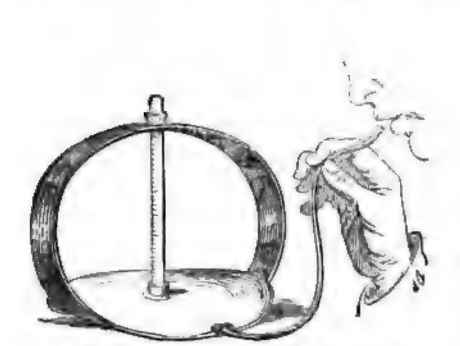


Fig. 254. — Spiromètre de Boudin avant l'expiration.

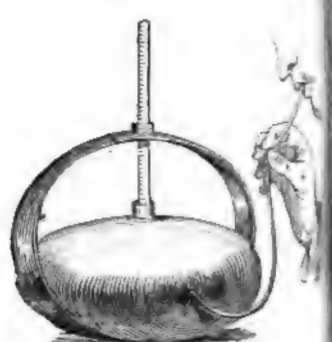


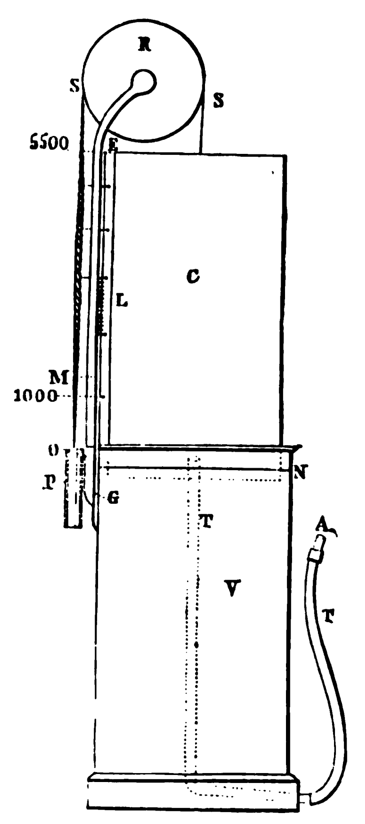
Fig. 255. — Spiromètre de Boudin pendant l'expiration.

Le sujet soumis à l'examen spirométrique doit être debout, comme le recom-
mande expressément Hutchinson, et libre de toute entrave qui pourrait gêner
mouvements de la poitrine. Après avoir inspiré la plus grande somme d'air pos-
sible, il introduit le tube entre ses lèvres, et fait l'expiration la plus complète.
L'opération est répétée trois fois, et chaque fois le chiffre est noté.

3° *Signes.* — C'est à propos des signes fournis par la spirométrie que
question devient complexe. D'abord quelle est la capacité thoracique de l'homme
en santé? quelles sont les différences physiologiques relatives à l'âge, au sexe,
la taille? La solution de ces différentes questions est nécessaire pour établir

es du moins approximatives qui puissent servir de points de repère aux ons pathologiques. Quand on aborde un malade, en effet, on ignore quelle pacité respiratoire avant l'invasion de la maladie. Si l'on connaissait normal antérieur, les modifications pathologiques auraient immédiae réelle valeur, et l'on n'aurait pas besoin de recourir à un tableau nes établies suivant le sexe, l'âge, la taille, etc., moyennes qui ne peusenter que très-rarement et par hasard l'état physiologique antérieur

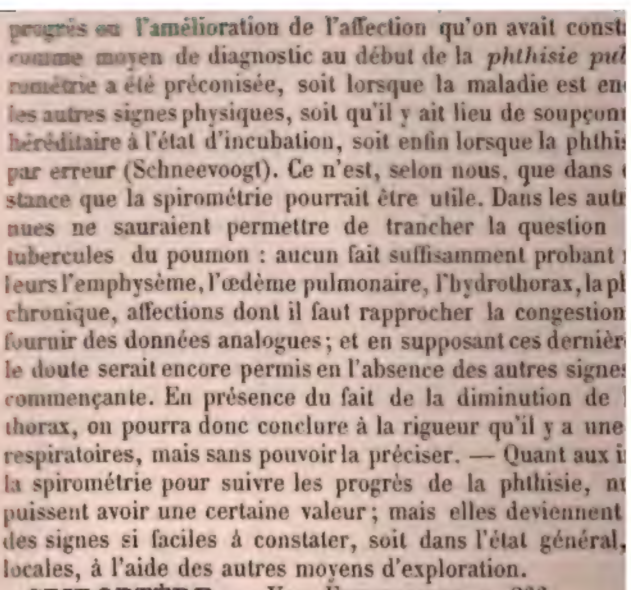
Le fait le plus important qui ressort ibrables recherches de Hutchinson, été vérifié après lui par Schneevoogt cht, c'est que *la stature est en rapt avec la capacité vitale de la res-* Cette capacité augmenterait de 1 ar 2 centimètres d'augmentation dans



piromètre de Schnepf. — V, récipient en laiton, , ouvert à sa partie supérieure, fermé à sa parire, traversé dans sa partie centrale par le al T. Celui-ci communique par une inclinaison c un tube en caoutchouc par lequel se font, d'une embouchure A, les expirations et les s; l'autre extrémité du tube se termine à quelnètres au-dessous du plan qui passe par la cirsupérieure du récipient. Cette extrémité du e sous la cloche C, dans laquelle est recueilli : et d'où est puisé l'air inspiré; cette cloche ent cylindrique, d'un diamètre un peu moindre du récipient de manière à pouvoir s'y mouent. P, poids suspendu par une chaîne S dont s, de grosseur variable, sont disposés de telle leur poids s'ajoute à celui de la cloche C, ou le de manière à corriger les variations que subit la cloche, par suite de son immersion dans cipient. La chaîne ainsi graduée passe sur une poulie est soutenue par le montant M, qui se ne gaine G sur le récipient. Ce montant soument une lame de cuivre verticale L, qui est : divisée en centimètres cubes. Chaque division entimètres cubes; à partir de 0, les divisions sont marquées de 500 à 500 centimètres cubes; elle comprend 5,500 centimètres cubes. Pour faire · cet instrument, on place le récipient sur un mi de vis qui permettent d'établir exactement on le remplit d'eau jusqu'à un certain point N; on enfonce la cloche dans le récipient jusson bord supérieur corresponde au 0 de l'échelle.

Les autres conditions qui peuvent agir physiologiquement sur la caracique ont été analysées avec soin par Hutchinson; et, en définitive, il é à établir la loi qui règle la capacité vitale du thorax à l'état normal, nant pour terme de comparaison, avec l'échelle spirométrique, la taille du. Et encore il n'a agi que chez homme, et à l'âge adulte de 20 à 40 ans. voogt et Hecht, qui sont arrivés à des conclusions semblables à celles nson, en employant les mesures françaises, ont trouvé, Schneevoogt : lle variant progressivement entre $1^{m},48$ et $1^{m},90$, la capacité thoracique, le volume d'air inspiré allait croissant de 230 *décilitres* à 450; pour ntre les tailles de $1^{m},54$ à $1^{m},78$; les volumes d'air ont été de 295 à tres. On voit que la concordance est satisfaisante.

s physiologiques étant ainsi formulés par des approximations aussi rapque possible de la réalité, que trouve-t-on dans l'état pathologique du Un seul signe : *la diminution plus ou moins considérable de la*



progrès ou l'amélioration de l'affection qu'on avait const
comme moyen de diagnostic au début de la *phthisie pul*
rométrie a été préconisée, soit lorsque la maladie est en
les autres signes physiques, soit qu'il y ait lieu de soupçon
héréditaire à l'état d'incubation, soit enfin lorsque la phthis
par erreur (Schneevoogt). Ce n'est, selon nous, que dans
stance que la spirométrie pourrait être utile. Dans les aut
nues ne sauraient permettre de trancher la question
tubercules du poumon : aucun fait suffisamment probant
leurs l'emphysème, l'œdème pulmonaire, l'hydrothorax, la p
chronique, affections dont il faut rapprocher la congestion
fournir des données analogues ; et en supposant ces derniè
le doute serait encore permis en l'absence des autres signe
commençante. En présence du fait de la diminution de
thorax, on pourra donc conclure à la rigueur qu'il y a une
respiratoires, mais sans pouvoir la préciser. — Quant aux i
la spirométrie pour suivre les progrès de la phthisie, n
puissent avoir une certaine valeur ; mais elles deviennent
des signes si faciles à constater, soit dans l'état général,
locales, à l'aide des autres moyens d'exploration.

SPIROPTÈRE. — *Voy.* Entozoaires, p. 366.

SPLÉNIQUE (Région). — *Voy.* Rate.

SPLÉNITE. — Le diagnostic de la splénite aiguë pré
réelles en raison de l'obscurité des symptômes. Des *phén*
le début, une *douleur* spontanée plus ou moins vive au n
dre gauche, s'irradiant vers les parties voisines, et jusqu'
côté, une *rénitence* douloureuse sous les côtes, due à la r
lume et *mate à la percussion ;* de l'*anorexie*, de la *soif*,

·incertain, doit néanmoins être considéré comme grave, au moins dans un in nombre de cas.

UAMES. — SQUAMEUSES (Affections). — On a fait des squames le :tère fondamental d'une classe d'affections cutanées comprenant le *pity-s*, le PSORIASIS, la *lèpre* et l'ICHTHYOSE. Mais les squames, qui résultent de liation épidermique plus ou moins fine, comme farineuse, ou par écailles ou moins larges, pouvant même recouvrir de vastes surfaces cutanées, se ntrent dans une foule d'affections indépendantes de celles que je viens de ler. La desquamation est même un phénomène tellement commun dès que u subit une modification dans sa texture, qu'il serait par cela même su- de rappeler toutes les conditions pathologiques dans lesquelles les squa-e produisent.

a deux sortes de desquamation qu'il faut toujours s'attacher à distin- : l'une passagère, qui n'est qu'un phénomène consécutif d'une maladie ive aiguë ; l'autre plus durable, qui est un des caractères principaux d'une on cutanée proprement dite.

première est la conséquence des *fièvres éruptives :* de la rougeole, de la tine, de la miliaire, de l'érysipèle; et elle est quelquefois un phénomène mportant de diagnostic, comme indice d'une éruption antérieure douteuse ssée inaperçue. C'est principalement à la SCARLATINE que s'applique cette que, en raison des accidents consécutifs que l'on peut avoir à con-, sans que l'éruption scarlatineuse, limitée ou passagère, ait été notée.

st en particulier dans les affections cutanées chroniques que la desquama-st fréquemment rencontrée en dehors de la classe des maladies dites *squa-es*. Le *pemphigus foliacé* et la *syphilide squameuse cornée* empruntent à cette circonstance leur dénomination particulière. La production des es est remarquable dans l'ECZÉMA, l'ACNÉ sébacé de Biett, la PELLAGRE, le *bœsia*, etc., et dans les *teignes*, sous forme d'une poussière farineuse, compose non-seulement de lamelles épidermiques, mais de spores de tes parfois très-abondantes (*Voy*. TEIGNES).

mi les affections presque exclusivement squameuses, le *pityriasis* mérite ention particulière. On le reconnaît aux squames furfuracées qui le ca-isent, et qui se rencontrent principalement sur les joues des enfants, au de la barbe des adultes, et surtout sur le cuir chevelu, d'où elles souil-es cheveux. Rarement les squames sont larges (pityriasis *lamelleux*). t la peau a sa coloration naturelle, et tantôt les parties affectées sont rouges iasis *rubra*), d'un gris foncé ou noirâtre (pityriasis *nigra*), ou enfin cou-afé au lait (pityriasis *versicolor*). Bazin a fait de cette dernière variété une on parasitaire due au *microsporon furfur* (*Voy*. PARASITES végétaux). yriasis, quelle que soit sa forme, est d'ailleurs une affection sans gravité; il est quelquefois extrêmement incommode par l'abondance des squames i'il occupe le cuir chevelu.

UELETTE. — L'appareil osseux qui constitue le squelette peut être af-indépendamment des lésions traumatiques, de maladies spontanées parti-es, comme l'OSTÉOMALACIE ou le RACHITISME, ou de lésions secondaires se oppant sous l'influence de maladies générales ou constitutionnelles, comme philis, qui produit des *périostoses*, des *exostoses*, et comme la scrofule, résultent des *caries*, des *nécroses*, la *périostite*, des *tumeurs blanches*. s *douleurs* qui accompagnent ces maladies osseuses sont quelquefois re-quables par leur intensité et leur généralisation. L'exercice des fonctions rices devient difficile ou impossible; il survient quelquefois des *fractures*

spontanées, des *déformations* plus ou moins étendues, que la palpation [illegible]met de rapporter aux os, dont le gonflement, la torsion, le ramollissement peuvent être immédiatement constatés. Ces déformations du squelette sont [illegible]tout remarquables dans l'ostéomalacie et le rachitis, dans lesquels elles se [illegible]marquent principalement au niveau de la colonne vertébrale et de la poitrine. Le thorax peut offrir fréquemment des défauts plus légers de symétrie (hétéromorphies thoraciques) très-utiles à connaître pour le diagnostic (*Voy.* Inspection), et qui paraissent dus à de simples influences hygiéniques encore [illegible] connues. Ces hétéromorphies n'ont aucune influence sur la santé. Il n'en [illegible] pas toujours de même des déformations rachitiques; mais on a singulièrement exagéré leur influence.

STÉATOSE. — On a introduit ce mot en pathologie dans les dernières années pour dénommer la dégénérescence graisseuse des tissus. Mais son étymologie exprime le fait le plus général de la présence anomale ou de l'accumulation insolite de la graisse dans l'organisme, que cette graisse soit déposée [illegible] excès, principalement en dehors et au pourtour des organes, ou qu'elle se [illegible] substituée par un travail interstitiel à leurs éléments propres. Considérées [illegible] les organes, ces deux conditions se confondent, en effet, en ce point que, [illegible] la simple accumulation exagérée de la graisse ou polysarcie, comme [illegible] dégénérescence graisseuse à son début, il y a une infiltration d'éléments [illegible] peux dans la trame même des organes. Mais il faut considérer que la [illegible] polysarcie n'entraîne pas d'autres inconvénients que la gêne mécanique [illegible] aux mouvements organiques, tandis que la transformation graisseuse [illegible] annihiler les fonctions des tissus qu'elle envahit, en substituant un élément [illegible] à ses éléments actifs. Il y a donc lieu de traiter à part des effets de cette substitution, en donnant au mot stéatose la signification générale que nous lui attribuons.

Entre la quantité de graisse qui se trouve dans les différentes parties [illegible] corps, dans l'état physiologique, et la polysarcie plus ou moins développée, [illegible] a tous les degrés intermédiaires possibles; mais on ne saurait dire où [illegible] celui qui marque le début de la stéatose polysarcique, de même qu'on [illegible] isoler absolument la maigreur de l'embonpoint. Quoi qu'il en soit, dans l'embonpoint prononcé ou polysarcie, il y a un fait capital : les organes conservent l'intégrité de leur structure intime. Dès que cette structure se trouve [illegible] par la substitution de l'élément graisse, il y a transformation, ce qui est [illegible] autre chose.

Je dois donc renvoyer aux mots Transformation graisseuse l'étude [illegible]gnostique des stéatoses dans lesquelles cette transformation existe. [illegible] signalée, sous le nom de stéatose, dans le foie (*foie gras*), le rein, les [illegible] les vaisseaux et même les os, comme nous le verrons (*Voy.* Transformation graisseuse).

STERCORAL (Embarras). — *Voy.* Occlusions intestinales, p. [illegible]

STERTEUR. — Le ronflement *morbide* se rencontre comme phénomène accessoire du coma, ou pendant le sommeil naturel, lorsqu'il existe une [illegible] pharyngienne, notamment une paralysie du voile du palais ou une hypertrophie des amygdales. Il résulte aussi, pendant la veille, un ronflement ou [illegible] c[illegible]pressions de la trachée par des tumeurs. Addison a cru remarquer [illegible] du coma qui survient dans la maladie de Bright, n'est pas [illegible]illard comme dans l'apoplexie, mais caractérisé par une [illegible]

[illegible]**SCOPE.** — Ce précieux instrument d'exploration n'est pas [illegible]

indispensable, comme le pensait Laennec, à la pratique de l'auscultation. ≥st véritablement nécessaire que lorsque l'auscultation a besoin d'être e à un petit espace, ainsi que cela arrive principalement pour les bruits ques ou vasculaires, moins souvent pour les bruits respiratoires, et enfin ous les cas où, chez les personnes du sexe, on veut éviter par convenance iquer son oreille sur la partie antérieure de la poitrine.

OMATITES. — Les affections variées qui sont comprises dans ce mot ur caractères communs : dans l'intérieur de la bouche, une *gêne* ou une *ur* augmentant par le contact ou le passage des aliments ou des boissons, exercice de la parole, et surtout par la *mastication*, qui est rendue parfois sible ; souvent il y a de la *salivation*. Ces symptômes provoquent tou- l'exploration de la bouche, qui offre alors des lésions caractéristiques, qui varient suivant l'espèce de stomatite : *simple* ou érythémateuse, *mer- lle*, *argentique*, *pseudo-membraneuse*, *aphtheuse*, *ulcéreuse*, *gangré- e*. Je n'ai à m'occuper ici que des deux premières, les articles DIPHTHÉRIE, HES, ULCÉRATIONS, GANGRÈNE, suffisant pour résoudre la question du ostic pour les autres stomatites. Quant à la stomatite argentique, due à e thérapeutique prolongé du nitrate d'argent, elle a été observée à Lyon, uipon, en 1865. Elle était caractérisée par une tuméfaction des gencives, rouge sombre, avec liséré violet près des dents, une très-vive sensibilité bouche, et une odeur métallique non fétide de l'haleine. Les incisives nt une teinte ardoisée.

STOMATITE SIMPLE.

e offre plusieurs degrés d'intensité et d'étendue, et rarement elle est e. Lorsque la stomatite succède à des douleurs provoquées par une carie ire, on la reconnaît à un *gonflement* avec légère *rougeur* plus ou moins e, et constituant une lésion locale de peu d'importance, à moins que les ne participent au gonflement (fluxion) ; elle peut se terminer par un petit auquel succède une plaie qui reste parfois fistuleuse. — Une stomatite étendue résulte quelquefois du *tartre* acculumé sur les dents, du travail de *ntition*, du passage de *boissons trop chaudes* ou de substances irritantes. encives sont alors rouges, tuméfiées, molles, douloureuses. — Quelquefois matite simple est beaucoup plus intense. Les gencives surtout deviennent e fongueuses, saignantes, s'ulcèrent et suppurent à leur bord libre, se vrent de mucosités épaisses et blanches qui se renouvellent ; en même s la langue se gonfle et conserve l'empreinte des dents ; l'haleine devient fétidité extrême, les glandes péri-maxillaires s'engorgent, sont doulou- s, l'écartement des mâchoires devient difficile ou même impossible, et une tion abondante de mucosités filantes se fait incessamment. Tout récem- j'ai observé un fait de cette espèce, à la suite d'un nettoyage des dents à d'instruments mal appropriés et de frictions rudes des gencives avec un le alcoolique pur. La stomatite simple à ce degré d'intensité est un fait tionnel, car cette intensité doit faire penser tout d'abord à une stomatite l'action du mercure, qui produit presque toujours les stomatites les plus s.

STOMATITE MERCURIELLE.

tte variété de stomatite peut ne pas différer, par ses caractères, de la sto- e simple d'une certaine intensité. D'autres fois cette intensité est beaucoup grande, et il survient des phénomènes caractéristiques. Il existe alors au t une *saveur métallique* particulière ; plus tard, des *douleurs très-vives*, tuméfaction prononcée des *glandes salivaires* et des *gencives*, *qui s'ul-*

cèrent largement ; les *dents* s'ébranlent et peuvent tomber, l'*haleine* devi extrêmement fétide, la *salivation* très-considérable ; le malade peut lai écouler deux ou trois kilogrammes de salive par vingt-quatre heures ; la fi est rare, mais l'*insomnie* complète. Enfin on peut constater en même tem d'autres signes de l'INTOXICATION MERCURIELLE. Ce n'est que dans des cas exc tionnels qu'il survient une *nécrose* des os maxillaires.

STOMATORRHAGIE. — *Voy.* HÉMORRHAGIES, p. 483.

STRABISME. — Le strabisme qui survient accidentellement dans le co d'un certain nombre de maladies intéresse le médecin, comme signe d'une aff tion plus ou moins profonde atteignant les nerfs moteurs propres de l'œil.

Les *convulsions* toniques ou cloniques aiguës produisent des strabis momentanés qui s'expliquent facilement par le consensus des mouvements maux. Des strabismes, également passagers, se rencontrent encore co symptômes de maladies des méninges ou de l'encéphale. Telles sont la mén *gite aiguë*, l'*hémorrhagie méningée* de l'enfance (Legendre), certaines tions plus rares du *mésocéphale* (Godelier), etc. Mais dans ces différentes ditions, le strabisme n'est pas un symptôme isolé ; il coïncide avec d' symptômes plus ou moins importants.

Rencontré isolé, le strabisme permanent peut dépendre d'affections an convulsives ou autres. Survenu accidentellement, il dépend d'une lésion ou indirecte des nerfs qui animent les muscles propres de l'œil. Ce sont des *paralysies localisées* au niveau de certains muscles, qui permettent muscles antagonistes de faire dévier le globe oculaire, et d'amener par diplopie. Le strabisme *en dehors* ou externe, observé quelquefois à la la *névralgie trifaciale* (*Voy.* p. 671), celui *en dedans*, produit par la du nerf *pathétique* (4[e] paire), ou du *moteur oculaire externe* (6[e] sont les plus ordinaires. Quant aux causes, ainsi que je l'ai rappelé ailleurs, peuvent être locales ou générales, ou bien éloignées, comme la présence entozoaires dans les voies digestives (*Voy.* PARALYSIES, et en particulier p.

Mais en dehors de ces strabismes, il en est une espèce qui a été désignée la dénomination de *strabisme optique* par J. Guérin, par opposition au bisme *mécanique* dû à la prédominance d'action de certains muscles de l' (*Mém. sur l'étiologie génér. du strabisme*, 2[e] édit., 1843). Ce strabisme optique est dû à des circonstances accidentelles, comme une ophthalmie, lésion traumatique de l'œil, laissant après elle un obstacle matériel au pass des rayons lumineux (taie de la cornée, déplacement de la pupille, ca racte, etc.). Tous les mouvements mécaniques de l'œil sont ici conservés.

STRANGULATION (Sentiment de). — Cette sensation de constriction à la région cervicale résulte le plus souvent du SPASME de l'œsophage, et rencontre comme un des principaux phénomènes de l'*hystérie*, ou indépendam ment de cette maladie. Une tumeur cervicale volumineuse peut également donner lieu à un sentiment de strangulation, qu'il ne faut pas confondre av la sensation de SUFFOCATION.

STRANGURIE. — *Voy.* MICTION.

STRIDULEUSE (Angine ou Laryngite). — *Voy.* PSEUDO-CROUP.

STRONGLE. — *Voy.* ENTOZOAIRES.

STROPHULUS. — Facile à reconnaître chez les enfants du premier âg aux petites plaques papuleuses rouges ou blanchâtres, à contours irréguliers que l'on rencontre à la face, au cou et plus rarement dans les autres parties du corps, où elles peuvent paraître et disparaître successivement. Cette éruption sans importance, qui se remarque principalement pendant la première dentition,

ait sans erreur grossière être rapportée à une *rougeole* irrégulière ou bien *rticaire.*

PEUR. — Marcé, dans un intéressant Mémoire lu récemment à la des hôpitaux, définit la stupeur « un état particulier du système nerveux isé par l'engourdissement des facultés morales et intellectuelles, l'expresnnée et hébétée de la face et des yeux, la lenteur et la difficulté des tellectuels et des fonctions musculaires. » Cet état, plus ou moins pro-u chronique, est un élément important des maladies mentales propretes, ou un symptôme de certaines affections avec lésions cérébrales. tel et aigu, il constitue un des meilleurs signes de la fièvre TYPHOÏDE ou nt de l'*état typhoïde* que l'on rencontre dans beaucoup d'autres malau stupeur est encore un élément caractéristique du TYPHUS, de la PESTE, NINGITE TUBERCULEUSE, des accidents cérébraux de la *maladie de Bright*), des empoisonnements par les *narcotiques* (p. 342).

LET. — *Voy.* PALPATION.

CCUSSION. — On sait qu'on a donné le nom de *succussion hippocratique* ode d'exploration qui a pour but de s'assurer de l'existence des épanits dans la poitrine. Il consiste à imprimer une secousse au tronc en t sur les épaules du malade quand il est assis dans son lit, et à écouter si tend la fluctuation du liquide. Le *bruit de flot* ou de *clapotement* s'endistance ou à l'aide de l'auscultation; mais il peut aussi être sensible malade lui-même. La succussion n'est pas toujours nécessaire pour ir : un mouvement un peu brusque du malade suffit pour le produire, et vu un marcher avec de grandes précautions pour éviter de provoquer ce ui devenait alors incommode par sa répétition.

t reconnu aujourd'hui que la présence simultanée d'un liquide et d'un is la plèvre est indispensable pour la production du bruit de flot, qui dès lors un signe précieux de pneumo-hydro-thorax. Mais il ne faut pas que ce signe soit pathognomonique de cette dernière affection, car on ve dans la *dilatation de l'estomac*, avec la *dyspepsie des liquides*, et nent dans le gros intestin contenant des gaz et des liquides. Bricheteau até le bruit de clapotement à l'auscultation dans un cas d'*hydro-péri-* avec gaz.

CRE. — *Voy.* GLYCOSE.

DAMINA. — On a donné ce nom à des soulèvements vésiculeux de la superficielle de l'épiderme, qui sont incolores, comme perlés, le plus t très-fins, rarement larges et bulleux, et que l'on confond souvent à tort miliaire rouge, dont chaque pointillé vésiculeux est entouré d'un cercle natoire. Ils ont été confondus aussi avec l'eczéma hydrargyrique. Les su-étant sans couleur particulière, échappent facilement à l'attention lorsont discrets et très-petits, comme des grains de semoule ou des petites épingle, par exemple. On les découvre quelquefois, avant de les voir, au ge des aines ou des aisselles, où ils sont plus communs qu'ailleurs, aux és légères qu'ils forment sur la peau et que l'on sent en y passant légère-pulpe des doigts. Une furfuration épidermique leur succède, plus visible on frotte fortement la peau.

sudamina se rencontrent quelquefois chez les *phthisiques* et dans les *éruptives;* mais dans aucune affection ils ne sont aussi fréquents que *fièvre typhoïde*, dont ils constituent un des meilleurs signes, comme montré Louis. Dans les cas douteux de cette maladie, leur constatation ic extrêmement précieuse.

C'est à tort que les sudamina sont considérés comme une conséquence exclusive de la transpiration cutanée. Très-fréquemment il y a absence de sueurs lorsque l'on constate l'éruption dans la fièvre typhoïde; et Rufz a remarqué qu'à la Martinique, où les sueurs sont continuelles, les sudamina étaient plus rares qu'en Europe (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIV).

SUETTE MILIAIRE. — Cette maladie, appelée aussi vulgairement *pourpre blanc*, *millot*, *millet*, *suette des Picards*, etc., a été l'objet de plusieurs publications importantes depuis l'apparition de l'ouvrage de Rayer sur l'épidémie de 1821, et il suffit de citer les noms de Ménière, Barthez, N. Guéneau de Mussy, Gaillard (de Poitiers), Landouzy, A. Robert, H. Parrot (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1843, t. X), Foucart, Bourgeois, Tauflieb, qui ont observé la maladie sur les lieux, pour montrer que son étude n'a pas été négligée.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les allures ou la physionomie de la suette miliaire, qui est presque toujours épidémique, varient suivant les temps et les lieux, ce qui ne permet guère d'en exposer un tableau général exactement applicable à tous les faits.

Après des *phénomènes fébriles* précurseurs, ou bien d'emblée, il survient des *sueurs* extrêmement abondantes, avec *constriction ou angoisse douloureuse à l'épigastre*, *anorexie*, signes d'*embarras gastriques*, parfois de la *dysphagie*, des *nausées*, des *vomissements*, une *fréquence variable du pouls* qui est développé ou petit et serré; une *dyspnée* accompagnée quelquefois de menaces de *suffocation;* de la *céphalalgie*, et autres troubles nerveux, de la peur, de l'*abattement*, de l'*insomnie*, parfois même du *délire*, des *spasmes*, des *convulsions*. Après l'apparition des sueurs, mais seulement au bout de deux jours, le plus souvent de quatre jours et parfois plus tardivement (encore sept ou huit jours), survient une *éruption cutanée miliaire*, qui siége le plus souvent sur le tronc, en avant de la poitrine, sur l'abdomen, sur le dos, rarement aux membres, et qui s'annonce ordinairement par un redoublement de la fièvre, de céphalalgie, d'agitation, par des battements tumultueux dans la tête et la poitrine, une angoisse épigastrique plus grande et un sentiment de défaillance. Cette miliaire est *rouge* ou *blanche*. La première est formée de petites taches de deux à cinq millimètres de diamètre, rouges, légèrement saillantes, donnant de la rudesse à la peau et présentant à leur sommet, visible à la loupe ou à l'œil nu, une vésicule transparente devenant quelquefois opaque et purulente. L'éruption de la miliaire blanche n'est autre chose qu'une réunion de sudamina dont les vésicules, plus ou moins volumineuses, peuvent se réunir en bulles ou en phlyctènes (miliaire *bulleuse* ou *phlycténoïde*). L'éruption est parfois successive pendant deux et même trois septénaires; elle se termine par une desquamation, à laquelle peut participer la langue, et qui est parfois tardive.

2° *Inductions diagnostiques.* — Il est évident que les prodromes fébriles, malaise, anorexie, lassitude, céphalalgie, douleurs articulaires et épigastriques, nausées, vomissements, coliques, et enfin frissons plus ou moins violents, ne sauraient faire soupçonner l'invasion de la maladie que dans le cours d'une épidémie. En dehors de cette condition, les sueurs profuses, la constriction épigastrique et l'éruption miliaire sont, outre la fièvre, les symptômes les plus caractéristiques de l'affection.

Les sueurs sont remarquables par leur continuité et leur abondance (qui peuvent traverser toute l'épaisseur des matelas du lit), par leur odeur nauséabonde, et par leur défaut d'acidité ou d'alcalinité prononcées. La ... même temps comme macérée. Par leur abondance, leur continuité ... ence avec l'angoisse épigastrique sur laquelle tous les auteurs ont i...

ıeurs ne peuvent être attribuées à un simple accès de fièvre intermittente; eurs l'éruption miliaire vient bientôt lever tous les doutes. Il ne faut ce- ınt pas oublier que, dans certaines épidémies, des sueurs profuses ont uelquefois le seul symptôme observé, comme Gaillard l'a constaté à Poi- en 1845.

marche de la maladie est tantôt continue, et tantôt rémittente ou inter- nte, ce qui s'expliquerait parfaitement aux yeux des pathologistes qui con- ent la suette miliaire comme de nature paludéenne. Quoiqu'on ne puisse onsidérer cette opinion comme justifiée dans tous les cas, il est bien nt que la maladie peut avoir une marche franchement intermittente, même des localités élevées et échappant en apparence à toute influence maremma- : c'est ce que j'ai constaté, dans ces conditions, chez une femme qui était chaque jour, à quatre heures après midi, d'un accès bien manifeste qui rapidement au sulfate de quinine (*Ann. méd.-psychol.*, 2e série, t. III). surtout pendant l'éruption que les symptômes généraux peuvent acquérir plus grande intensité. Lorsque la suette est bénigne, sa durée ne dépasse deux septénaires; mais si elle est plus grave, elle peut être plus d'un à se guérir, et si la mort survient, c'est ordinairement vers la fin du ier septénaire.

ıant aux *causes* de la maladie, elles sont très-mal connues. Ce qu'il y a de if. c'est qu'elle est presque toujours épidémique dans certaines contrées cipalement en Picardie), et que ce n'est que d'une manière tout exception- qu'on en rencontre dans certaines localités, à Paris par exemple. Il n'est ncore prouvé que la suette miliaire soit contagieuse; mais plusieurs faits nptoires m'ont démontré, comme à Foucart, qu'en temps d'épidémie la ur peut être une cause occasionnelle puissante. J'ai vu aussi, comme Boi- *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849), le choléra compliquer la suette, et de la suette être à son tour une complication du choléra, ce que j'ai constaté la malade dont j'ai parlé tout à l'heure. En présence de faits de cette espèce, nion qu'il y a antagonisme entre ces deux maladies n'est pas soutenable.

n'est pas possible de confondre la suette miliaire, ainsi caractérisée, avec ne autre maladie. La miliaire symptomatique du rhumatisme, de la rou- , de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de l'état puerpéral (*Voy.* MILIAIRE) mble à l'éruption de la suette, mais elle constitue un épiphénomène. miliaire peut quelquefois coïncider avec des sueurs abondantes, il est vrai, elles sont loin d'être aussi copieuses que celle de la suette miliaire; dans miliaire symptomatique, il y a rarement l'angoisse épigastrique si carac- ique de la suette, et enfin l'existence des symptômes de la maladie pré- ante ne peut faire douter de la nature accidentelle de l'éruption. Il y a fois des analogies entre cette miliaire et la suette.

suette une fois reconnue, on aura pu déterminer en même temps sa *forme* nue, ou rémittente, ou intermittente. Dans les deux derniers cas, l'emploi ulfate de quinine sera une pierre de touche, par la réussite du médica- si la rémittence ou l'intermittence existent réellement.

s *complications* à redouter ne doivent pas être oubliées. Des *angines ses* avec ou sans fausses membranes, des *bronchites*, des *aphthes*, l'*en-* , sont les principales qui ont été observées. Mais les angines ne se rap- nt-elles pas au moins quelquefois, sinon toujours, à des scarlatines ales méconnues? C'est la question que l'on se pose à la lecture de certaines vations publiées; il a fallu, ce me semble, une grande préoccupation pour s y voir des exemples de scarlatine expliquant parfaitement l'ensemble des

symptômes et la terminaison funeste. Relativement aux bronchites, aux aphthes, à l'entérite, je me demande avec Valleix si ce ne seraient pas là des lésions secondaires plus ou moins fréquentes, appartenant à la fièvre miliaire elle-même, au lieu d'être de véritables complications. Quoi qu'il en soit, de véritables complications ont été observées. Ce sont des accès de *suffocation*, des *hémorrhagies multiples*, des *paralysies* consécutives comme à la suite des autres maladies aiguës, et surtout des *morts rapides* ou *subites*, survenant dans les premiers jours, alors que rien en apparence ne doive inquiéter dans l'état des malades.

3° *Pronostic.* — La suette miliaire se termine presque toujours favorablement. Mais il faut redouter, soit dans les cas d'éruption difficile ou supprimée, soit dans les cas en apparence les plus réguliers et les plus simples, l'invasion d'accidents nerveux graves, rapidement suivis de coma et de mort, tels que le délire, de l'agitation, de la loquacité, des soubresauts des tendons, des mouvements convulsifs, ou de la stupeur, de la prostration. On est généralement d'accord pour considérer la terreur ou le pressentiment de la mort comme un signe d'un mauvais augure, et comme devant faire redouter une issue prochaine et fatale. Abel Robert (de Chaumont) pense que la forme rémittente sporadique de la suette est la plus insidieuse, parce qu'elle tue à la façon des fièvres pernicieuses, dont elle ne serait qu'une variété. Dans les cas les plus simples, un malaise avec sentiment d'oppression a été quelquefois le prélude d'accidents ataxiques rapidement mortels, comme Gaillard l'a observé à Poitiers. Ces faits m'ont fait penser, à propos du rhumatisme dit cérébral, que la mort subite qu'on observe en pareil cas pourrait bien être due quelquefois à la suette avec sueur profuse (offrant les caractères principaux de la suette) que l'on observe assez fréquemment dans le cours du rhumatisme articulaire aigu (*Voy.* p. [illegible]).

SUEURS. — Les sueurs morbides sont un élément diagnostique important de certaines maladies : dans les *fièvres* INTERMITTENTES simples ou pernicieuses, dans la PHTHISIE PULMONAIRE par leur retour périodique et nocturne, dans la SUETTE ÉPIDÉMIQUE par leur profusion extrême, dans certains RHUMATISMES, plus rarement dans la PHLÉBITE de la veine porte (p. 818). Les sueurs doivent être considérées comme un phénomène critique d'une foule de maladies ; mais dans quelles limites? C'est une question de pronostic sur laquelle la science n'est pas encore très-avancée (*Voy.* CRISES). Comme particularité intéressante et peu connue, j'ai constaté que, dans la pleurésie avec épanchement, l'apparition des sueurs devait être considérée comme un signe de résolution, attendu que, dans les faits que j'ai observés, l'apparition des sueurs coïncidait avec la résorption du liquide épanché.

La sueur plus ou moins limitée au visage et aux extrémités refroidies est un phénomène caractéristique de la syncope et de la défaillance. Des sueurs localisées s'observent quelquefois au niveau d'une moitié du corps sans cause connue (Abercrombie), ou limitées à des parties atteintes de névralgie (Notta), ou dans le cours d'une affection hystérique, rhumatismale, etc. De Graefe a recueilli quatre cas de sueur bornée aux paupières, et dans lesquels la fente palpébrale, baignée par le liquide, présentait l'apparence d'une conjonctivite avec excoriations (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIV). Collmann, de Wurtzbourg, a vu, chez un hypochondriaque, des sueurs limitées au scrotum et à la partie interne des cuisses, et qui présentaient cette particularité qu'elles paraissaient incolores et qu'elles prenaient ensuite une teinte bleuâtre d'abord, allant jusqu'à la couleur indigo (*Wurtzb. med. Zeitschr.*, 1867). Les sueurs bleues ont été d'ailleurs signalées par différents auteurs.

On a attribué à l'excrétion sudorale, abondante et continue, des éruptions

ıi lesquelles la miliaire occupe le premier rang. Mais c'est une erreur ma-te de considérer les SUDAMINA (*Voy*. ce mot) comme la conséquence habi-e des sueurs. Et quant à la miliaire rouge, il n'est nullement démontré non qu'elle soit l'effet de la sécrétion sudorale elle-même.

UFFOCATION. — La perte subite de la respiration, qui caractérise la cation, diffère du sentiment de STRANGULATION. C'est un phénomène extrême lyspnée ou une véritable asphyxie subite, ayant son origine dans toutes ffections qui obstruent, rétrécissent ou compriment plus ou moins rapide- les voies respiratoires, surtout vers leur origine. On rencontre encore la cation dans certaines affections des parois thoraciques ou des organes voi- de ceux de la respiration, et enfin dans certaines maladies générales es.

ns énumérer toutes ces maladies, sans rappeler toutes celles dans lesquelles uffocation survient comme progrès extrême de la dyspnée, comme pour ins épanchements pleurétiques, pour des bronchites capillaires généralisées, les affections graves du cœur, je dois une mention spéciale aux accès de cation subite (et parfois mortels par asphyxie) que l'on voit survenir dans OUP chez les enfants, dans le SPASME de la *glotte* et celui du *diaphragme*, la PARALYSIE de ce dernier muscle (p. 760), dans les cas de compression oblitération de l'*artère pulmonaire*, dans la PARALYSIE de l'œsophage arrêt du bol alimentaire), dans l'OSTÉOMALACIE ayant envahi le squelette cique, dans des cas de GOÎTRE même d'un petit volume, et enfin comme hénomène grave de la SUETTE MILIAIRE.

UPPURATION. — *Voy*. ABCÈS, PUS.

URDITÉ. — Je n'ai pas à m'occuper ici du diagnostic anatomique des tés congénitales ou accidentelles qui résultent d'une lésion matérielle des ses parties qui constituent l'appareil auditif, ni de la surdité accidentelle à des causes traumatiques qui agissent en paralysant le nerf acoustique. Je seulement rappeler la surdité qui survient dans le cours de certaines dies, en dehors de l'otite aiguë ou chronique, surdité qui pourrait ne pas rapportée à sa véritable origine.

dureté de l'ouïe ou son abolition est un des phénomènes nerveux de la e *typhoïde*, se montrant vers le milieu ou à la fin de la maladie (Louis). rencontre encore dans le *typhus*; dans la *méningite cérébro-spinale* émique; avec des *pharyngites* d'où résulte l'obstruction des trompes d'Eu-e, ou l'inflammation spécifique de la membrane muqueuse du tympan s'il des plaques ulcéreuses syphilitiques dans le pharynx. Dans le cas de yngite simple, la surdité est temporaire comme sa cause, mais elle n'en re pas moins le malade dans certaines circonstances. Le *sulfate de quinine* *belladone* produisent également une surdité passagère, dont il est le prévenir les malades auxquels on administre ces médicaments. Enfin la té se rencontre accidentellement aussi dans quelques maladies chroniques, doute par suite d'une paralysie dynamique du nerf acoustique, dans l'*a-ie*, par exemple, avec la présence d'*entozoaires* dans les voies digestives, r suite de l'action de toutes les causes générales des paralysies. La surdité xceptionnelle dans l'*intoxication saturnine*.

YCOSE. — La sycose (*sycosis*, *mentagre*), décrite par les dermatographes ne une affection occupant exclusivement le menton, et caractérisée par des *iles* ayant pour support des tubérosités ou *tubercules* cutanés, a été con-ée par Bazin comme une variété de teigne de la face (*Voy*. TEIGNES).

YNCOPE. — La suspension subite et momentanée des battements du

cœur, d'où résulte l'interruption de la respiration, des sensations et des mouvements volontaires, caractérise la syncope, ainsi que la *défaillance* et la *lipothymie*, qui n'en sont que des degrés moindres.

Il y a d'abord des lipothymies ou des syncopes dont la signification est révélée immédiatement par des symptômes antérieurs ou concomitants caractéristiques. Telles sont celles qui se rattachent à des *affections du cœur* manifestes; à des *hémorrhagies* externes abondantes; à des *anémies* anciennes, à des cachexies profondes; à une *indigestion*, principalement chez le vieillard (*syncope sénile*); à une *dyspepsie intestinale* douloureuse, à l'*entéralgie*, à la *dysenterie*; à un *accès de coqueluche* chez l'adulte; à la *rage;* à toute affection très-douloureuse comme la *colique hépatique* ou la *colique néphrétique*.

Dans d'autres circonstances, la signification de la syncope doit être recherchée, les phénomènes symptomatiques concomitants n'ayant pas immédiatement la même évidence. C'est ce qui arrive pour l'*urticaire* avant l'apparition de l'éruption, pour la *grippe* dite syncopale, pour les syncopes de l'[illegible] quand elles en sont la première manifestation connue, pour celle qui accompagne le *spasme de l'œsophage* au moment de la déglutition, pour les *entozoaires intestinaux*, pour les *empoisonnements* narcotiques ou septiques, pour certaines *gouttes viscérales*, pour l'*oblitération de l'artère pulmonaire*, pour les *concrétions sanguines* du cœur, et enfin dans les faits si variés d'*hémorrhagies internes*. Les syncopes pourront être prévues jusqu'à un certain point dans celles de ces affections qui auront été d'abord diagnostiquées.

Marrotte a signalé comme *affection particulière* la syncope qui peut frapper les enfants à la mamelle pendant leur sommeil, et qui s'accompagne de troubles intestinaux (borborygmes, émissions gazeuses, garderobes). Il rappelle que Zwinguer, au dernier siècle, a déjà fait connaître ces particularités (*Arch. de méd.*, 1853, t. II).

SYNOQUE (Fièvre). — Si l'on admet cette maladie, appelée aussi fièvre *simple continue*, elle doit être placée entre la fièvre éphémère et la fièvre typhoïde dans le cadre nosologique. Cette distinction est de notre époque, car les anciens confondaient sous le nom de synoque plusieurs maladies fébriles et notamment les faits que nous considérons aujourd'hui comme des affections typhoïdes légères.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les auteurs modernes qui ont décrit la fièvre synoque, l'ont fait d'après des observations qui ont présenté les symptômes suivants : une *fièvre* allant croissant les trois premiers jours, avec une *prostration* beaucoup moins grande que dans l'affection typhoïde, un *teint* quelquefois jaunâtre ou bilieux, l'*amertume de la bouche*, un *enduit* jaunâtre sur la langue, parfois des *vomissements*, un *ventre toujours naturel*, sauf parfois avec un peu de *gargouillement* à la pression de l'une des fosses iliaques, mais sans douleur, de la *constipation*, rarement des *selles liquides*, de légères *douleurs* épigastriques, un peu de *météorisme*, des *taches bleuâtres*, ardoisées, peu foncées, sans saillie, d'un centimètre de diamètre en moyenne, ne s'effaçant pas sous le doigt et occupant surtout le ventre et la partie supérieure des cuisses. L'ensemble de ces symptômes a au plus huit jours de durée, quelquefois quatre seulement, et *la terminaison est toujours heureuse*. La guérison est rapide et se fait du jour au lendemain, après une nuit de bon sommeil ou après des phénomènes considérés comme *critiques :* une sueur plus ou moins abondante, des vomissements, des évacuations alvines, un flux utérin, une épistaxis, un herpès labial, etc.

2° *Inductions diagnostiques.* — Je me hâte de faire remarquer que, dans

ensemble de symptômes, il n'y a que les taches ardoisées qui puissent diffé-
cier la maladie d'un embarras gastrique avec fièvre (*fièvre gastrique*) ou
ne *affection typhoïde* légère. Or, ces taches attribuées à la fièvre synoque
rencontrent aussi dans des cas assez nombreux de fièvre typhoïde, comme
get l'avait positivement signalé avant 1841, et comme on l'a vérifié depuis.
plus, je les ai rencontrées dans un cas de rhumatisme articulaire aigu; et
oud les a signalées également dans la fièvre intermittente. Ces taches ardoi-
s n'ont donc pas la signification particulière qu'on a voulu leur assigner dans
ièvre synoque. Le diagnostic différentiel de la fièvre synoque ne peut donc
onder que sur l'existence des symptômes fébriles simples et sur leur durée
quatre à sept ou huit jours. Il est d'ailleurs difficile de se prononcer au
ut, car on peut croire à l'invasion d'une phlegmasie, et surtout d'une fièvre
ptive ou de la fièvre typhoïde; mais l'erreur ne serait pas possible si les
es d'une inflammation locale, si les prodromes caractéristiques des érup-
s, ou si la diarrhée et d'autres symptômes abdominaux, se manifestaient en
ne temps que les symptômes fébriles. En tout cas, l'hésitation ne saurait
de longue durée, de huit jours au plus, puisque la fièvre simple continue
persiste jamais plus longtemps.

a persistance des phénomènes fébriles au-delà de ce terme, en l'absence de
es d'autres maladies, sera une présomption de l'existence d'une fièvre
hoïde que des phénomènes ultérieurs caractéristiques viendront le plus sou-
t confirmer; mais si ces phénomènes sont insuffisants et peu nombreux, le
gnostic sera plus obscur, et, dans ce cas, la longueur de la convalescence
seule admettre qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde à symptômes légers et non
ne fièvre synoque. Ce n'est donc qu'avec une extrême réserve que, dans les
t premiers jours d'une fièvre douteuse, même lorsque les phénomènes fé-
es ont été peu sensibles, l'on devra se prononcer pour la fièvre qui
ccupe, car c'est une affection très-rare par rapport à l'affection typhoïde.

L'embarras *gastrique* fébrile en imposera aussi d'autant mieux pour une
re synoque que celle-ci peut se caractériser par un enduit épais de la
gue, un teint jaunâtre, etc., et simuler la forme bilieuse de l'embarras gas-
que; mais celui-ci n'a pas de durée fixe, et il cède presque immédiatement
emploi d'un éméto-cathartique, ce qui suffit pour différencier les deux affec-
s.

L'existence d'une phlegmasie locale, la pneumonie, suivant Marrotte, pour-
t jouer le rôle de simple épiphénomène dans le cours de la fièvre synoque
ch. de méd., 1855, t. VI). Cette interprétation, qui n'est pas faite pour élu-
er le diagnostic déjà si difficile de cette fièvre, ne saurait être acceptée
mme une vérité démontrée; car on peut tout aussi bien considérer les faits
ce genre comme des pneumonies de légère intensité, dans lesquelles les
énomènes généraux précèdent les signes locaux, sans qu'on soit obligé de
sidérer la fièvre comme une fièvre synoque.

3° *Pronostic.* — J'ai rappelé plus haut (si l'on admet la fièvre synoque) que
pronostic doit être considéré toujours comme favorable.

SYNOVIALES. — *Voy.* Séreuses.

SYPHILIDES. — Les accidents syphilitiques secondaires compris sous
te dénomination constituent des affections cutanées extrêmement fréquentes,
qui ont été bien étudiées d'abord par Biett, puis par Cazenave, Ricord, Basse-
au, Diday, etc.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les syphilides, considérées comme un des
nes les plus hâtifs et les plus certains de l'infection syphilitique générale,

ont des caractères communs qui servent à les distinguer des affections cutanées vulgaires, dont elles offrent d'ailleurs toutes les lésions dites élémentaires : exanthèmes, macules, papules, vésicules, bulles, pustules, tubercules. Ces caractères généraux sont : une *teinte cuivrée* de l'éruption, le plus souvent une *forme arrondie, circulaire*, et l'*absence de prurit*. — Pour un certain nombre de syphilides, il faut y joindre la *tendance à la destruction des tissus* par suite d'*ulcérations* syphilitiques secondaires, des *croûtes* particulières (Voy. p. [illegible]) qui recouvrent les *ulcérations* ou leur succèdent, des *cicatrices* consécutives d'abord de couleur bronzée, puis plus tard blanches, inégales, déprimées et comme gaufrées. Enfin on a signalé, comme caractères secondaires importants, le *siége de l'éruption*, plus fréquent au visage et au cuir chevelu qu'ailleurs, et la tendance des syphilides précoces à se développer simultanément sur le même individu, ce qui arrive rarement dans les maladies non spécifiques de la peau. Les syphilides présentent en outre des particularités distinctives, suivant les espèces, dont il sera question plus loin.

2° *Inductions diagnostiques*. — Il ne faut pas croire qu'il soit toujours facile de diagnostiquer la nature syphilitique des affections cutanées comprises sous le nom commun de syphilides, et de les distinguer des affections vulgaires.

Leurs caractères généraux d'abord ne sont pas constants, et de plus ils peuvent se rencontrer dans des affections cutanées non spécifiques. Ca[illegible], il est vrai, considère la teinte cuivrée particulière de la peau comme constante et pouvant suffire au diagnostic ; mais cette proposition est trop absolue, et [illegible] a fait remarquer avec raison que plus on est près du début de l'éruption et [illegible] la teinte cuivrée est foncée et caractéristique. La configuration en cercles et l'absence de prurit sont également inconstantes et se rencontrent en dehors des syphilides, en sorte que, malgré la fréquence beaucoup plus grande des deux caractères généraux que je viens de rappeler dans les syphilides comparativement aux affections cutanées vulgaires, ces caractères deviennent souvent insuffisants au lit du malade, à moins qu'ils ne soient réunis et franchement accusés. Dans le cas contraire, on basera ses inductions sur la connaissance positive d'antécédents pouvant se rapporter à des accidents primitifs de vérole, sur la constatation actuelle de traces cicatricielles de ces accidents antérieurs ; on s'appuiera surtout sur l'existence simultanée, soit de manifestations syphilitiques secondaires autres que l'éruption cutanée (principalement des engorgements ganglionnaires cervicaux), soit d'accidents tertiaires, qui ne se rencontrent, il est vrai, que dans les cas de syphilides profondes et anciennes. L'absence d'adénopathies dans la zone de la syphilide est regardée comme un signe distinctif important par Ricord.

L'évolution des syphilides présente ceci de particulier qu'elles peuvent s'enchaîner les unes aux autres, les plus superficielles se montrant d'abord, et leur apparition étant d'autant plus lente qu'elles occupent plus profondément la peau. On les voit apparaître tantôt pendant l'évolution des accidents primitifs de la vérole, tantôt à une époque plus éloignée : de la quatrième à la sixième semaine, six mois au plus après le début (Ricord), et leur marche est le plus souvent chronique et lente.

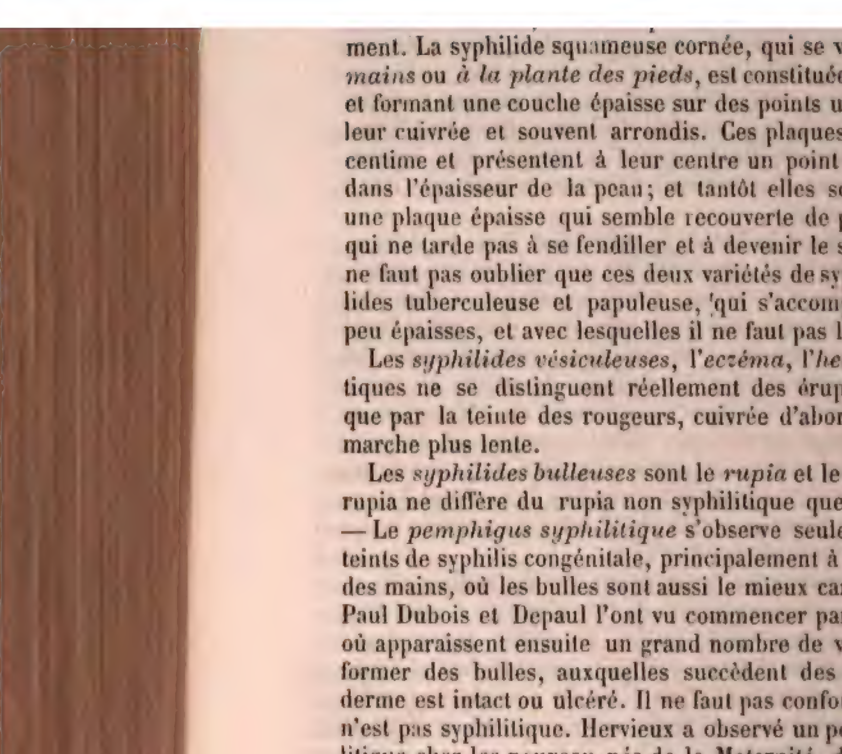
Mais une particularité capitale pour le diagnostic, c'est la *forme* ou l'espèce de syphilide observée. Les *formes* les plus fréquentes sont, d'après les relevés de Ch. Martins et Mac-Carthy, les syphilides papuleuses, exanthématiques et tuberculeuses ; on rencontre moins fréquemment les pustuleuses, et plus rarement celles à formes squameuse, vésiculeuse ou bulleuse. Sous la dénomination

de pigmentaire ou *maculeuse*, A. Hardy a décrit une syphilide tardive
: cou et les épaules pour siége de prédilection (*Voy.* p. 610).
de temps après les accidents primitifs, la forme la plus commune est
hématique, qui comprend la roséole et l'érythème papuleux. — La *ro-*
yphilitique est surtout fréquente. Très-souvent elle est précédée de
ure, de fièvre et d'angine avec dysphagie, sécheresse et rougeur violacée
ıuqueuse pharyngienne. Les taches qui paraissent d'abord sur le tronc
étendre rapidement à toute la surface cutanée, sont d'un rose assez vif
issant lentement sous la pression du doigt; plus tard elles deviennent bru-
Leur durée n'est que de quelques septénaires, à moins qu'elles ne soient
[ues. Lorsque le début est fébrile, on pourrait croire à une *rougeole* ou
carlatine anomales. Chez l'enfant nouveau-né, Diday a vu des piqûres
es, malgré l'ecchymose centrale qui les caractérise, être prises pour des
roséoliques (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 94). — L'*éry-*
papuleux est essentiellement éphémère et accompagne presque toujours
ptôme primitif ou lui succède immédiatement (Cazenave, Ricord). L'érup-
montre par plaques du diamètre d'une pièce d'un franc au plus, légère-
aillantes. Il ne faut pas les confondre avec les érythèmes analogues dus à
re de potassium ou au *copahu*.
yphilide papuleuse comprend le *lichen syphilitique*. Il est tantôt aigu,
lé d'un léger mouvement fébrile et caractérisé par des papules très-petites,
ombreuses, occupant le visage et le cou; tantôt apyrétique et bien plus
e (plusieurs septénaires), à papules discrètes, arrondies, plus larges (un à
millimètres), légèrement squameuses, et occupant principalement les
res dans le sens de l'extension, le dos, les épaules, la nuque, le front.
lernière variété peut s'étaler en *plaques squameuses* ou se transformer
ercules. La forme papuleuse est très-rare chez le nouveau-né, au point
gan, cité par Diday, prétend n'en avoir jamais rencontré. Il y a quelques
, au Bureau des nourrices, j'ai cependant constaté un lichen syphilitique
ace des mieux caractérisés, chez un enfant chétif, offrant en même temps
thème de couleur cuivrée au voisinage de l'anus.
yphilide tuberculeuse est constituée, à son début, par des saillies plus ou
dures, de volume variable, comme celui d'une tête d'épingle à celui d'un
ou beaucoup plus développées; tantôt isolées (syphilide tuberculeuse
inée) et tantôt groupées (dites alors *en groupe*), tantôt sèches et squa-
s, et tantôt s'ulcérant. Les ulcérations s'effectuent en profondeur (syphi-
berculeuse *perforante*) ou en surface (forme *serpigineuse*), et elles se
nt par des cicatrices caractéristiques.
yphilide pustuleuse comprend l'acné, l'impétigo et l'ecthyma syphili-
. — L'*acné*, formé de pustules discrètes, de la grosseur d'un grain de
ris ou d'une lentille, d'un rouge cuivré, occupe de préférence le visage,
chevelu, et *les membres inférieurs* où, suivant Gibert, sa présence est
éristique, l'acné simple se montrant presque exclusivement sur les régions
eures du corps. — L'*impétigo* est confluent ou non confluent. Il consti-
ans le premier cas, la *syphilide pustulo-crustacée*, ainsi désignée en
des pustules nombreuses qui donnent rapidement naissance à des croûtes
illantes, inégales, verdâtres, molles, bombées. Elles sont enchâssées dans
rds d'une ulcération peu profonde, qui se répare par une cicatrice plus ou
difforme (Cazenave), et que l'on observe ordinairement au visage, au cou,
oitrine. Chez le nouveau-né, l'impétigo syphilitique occupe principalement
ge, où il est reconnaissable à l'aréole cuivrée qui entoure les croûtes, aux

croûtes sèches et plus foncées que celles de
grisâtres et peu profondes qu'elles recouvre
Quant à l'*ecthyma syphilitique*, comme
s'il est superficiel ou profond. Dans le pre
ment au cuir chevelu, ou disséminé sur to
profond, qui est plus grave, se rencontre s
tingue de l ecthyma cachectique, qui siége
que celui-ci ne s'observe que chez les vieill
Les *syphilides squameuses* comprennen
lide squameuse cornée. Le premier ne diff
par la moindre adhérence des squames et
surfaces atteintes; il laisse après lui des tac
ment. La syphilide squameuse cornée, qui s
mains ou *à la plante des pieds*, est constit
et formant une couche épaisse sur des point
leur cuivrée et souvent arrondis. Ces plaq
centime et présentent à leur centre un po
dans l'épaisseur de la peau; et tantôt elle
une plaque épaisse qui semble recouverte
qui ne tarde pas à se fendiller et à devenir
ne faut pas oublier que ces deux variétés de
lides tuberculeuse et papuleuse, qui s'acc
peu épaisses, et avec lesquelles il ne faut p
Les *syphilides vésiculeuses*, l'*eczéma*, l'
tiques ne se distinguent réellement des é
que par la teinte des rougeurs, cuivrée d'a
marche plus lente.
Les *syphilides bulleuses* sont le *rupia* et
rupia ne diffère du rupia non syphilitique
— Le *pemphigus syphilitique* s'observe s
teints de syphilis congénitale, principalemen
des mains, où les bulles sont aussi le mieux
Paul Dubois et Depaul l'ont vu commencer
où apparaissent ensuite un grand nombre d
former des bulles, auxquelles succèdent d
derme est intact ou ulcéré. Il ne faut pas co
n'est pas syphilitique. Hervieux a observé u
litique chez les nouveau-nés de la Maternité
qu'en janvier 1868. Il évalue à 150 le nombr
a constaté jusqu'à quinze cas en une seule jo
quoique d'une durée rarement moindre d'
par des bulles du volume moyen d'une lent
trois centimètres de diamètre. L'inoculation,
été sans résultats, ce qui ne doit pas, selon l
clure à la non-contagiosité de la maladie (*So*
Joulin avait signalé le pemphigus non syp
l'Acad. de méd., t. XXVI.) Il a une forme
réguliers, et dont la rupture ne laisse que
restent la seule lésion appréciable. C'est une
femme, et qu'on ne constate qu'accidentellen
conçoit qu'on ne puisse, sans inattention, co

u *chancre diphthérique du col de l'utérus*, décrit par Bernutz, et qui
ce par des vésicules agglomérées, opaques, dont la rupture laisse aper-
ne fausse membrane bientôt saillante et jaunâtre, puis une ulcération
nnée, caractéristique, de très-longue durée.
ces variétés si diverses de syphilides, il en est qui diffèrent peu des
s cutanées vulgaires, et d'autres qui ont des caractères spéciaux comme
s de la peau, caractères précieux pour le diagnostic. Telle est la syphilide
euse compliquée d'ulcérations; tel est le pemphigus des nouveau-nés
lupart des observateurs.
on pourra tirer quelquefois du *siége* des syphilides des inductions utiles.
récédemment qu'elles occupaient plus fréquemment le visage et le cuir
que les autres régions du corps; mais je dois ajouter que l'acné et l'ec-
ccupent principalement les membres inférieurs, et que la paume des
t la plante des pieds sont le siége de prédilection de la syphilide squa-
ornée de l'adulte, et du pemphigus des enfants, chez lesquels les affec-
uameuses de la peau des mains et des pieds ont été signalées par Trous-
Lasègue comme des indices rarement infidèles d'infection syphilitique
de méd., 1847, t. XV).
onostic. — La plupart des syphilides sont des phenomènes transitoires
ncent l'invasion de la syphilis constitutionnelle. Elles n'offrent de danger
s-mêmes que dans des conditions exceptionnelles; tel serait, par exemple,
go syphilitique de la face chez le nouveau-né, suivant Diday. Elles sont
t plus fâcheuses qu'elles détruisent plus profondément les tissus et
produisent des cicatrices plus considérables, principalement au visage.
HILIS. — Cette maladie virulente est certainement celle qui a donné
plus grand nombre de publications contradictoires parmi les travaux mo-
Il suffit de citer, parmi une foule d'autres, les noms de Baumès, Devergie,
re, Cullerier, Diday, Ricord, Vidal (de Cassis), Melchior Robert, Rollet,
A. Fournier, Viennois, etc., pour réveiller l'idée des luttes scientifiques
nées par la question de la syphilis.
léments du diagnostic. — Pour bien exposer le diagnostic de cette ma-
lit du malade, il faut faire abstraction des théories autant que possible,
ser ses inductions sur les faits tels qu'ils se présentent, sans choix comme
clusion. Ainsi envisagés, nous ne devons donc pas diviser *à priori* les
ts en *vénériens* (sans retentissement dans toute l'économie) et en *syphi-*
s (avec infection générale); car le problème de cette distinction se pré-
récisément à résoudre à propos de chaque malade.
- *Symptômes primitifs.* — Ces symptômes, dits aussi *locaux* ou d'*in-*
par Lagneau, et qui se développent là où l'action de la matière infectante
onomie s'est fait d'abord sentir, comprennent :
hancre primitif, simple ou induré, ce dernier considéré avec raison
principal symptôme primitif de syphilis par Ricord. On y a joint la *plaque*
use, et le bubon, dit *bubon d'emblée* (?), que l'on considère générale-
omme un *symptôme successif* du chancre, ainsi que la *lymphangite*.
-*Symptômes secondaires.* — On considère comme tels ceux qui s'ob-
t au niveau de la peau, des muqueuses et des ganglions lymphatiques. Ce

engorgements ganglionnaires indolents; les *plaques muqueuses*, les
ides, les *lésions des membranes muqueuses*, telles que l'*ophthalmie*, le
, l'angine ou *pharyngite* dits syphilitiques, et les *ulcérations secondaires*
upières, des fosses nasales, des oreilles, de la bouche, de la langue, de la



ment. La syphilide squameuse cornée, qui se voit spécialem
mains ou *à la plante des pieds*, est constituée par des squa
et formant une couche épaisse sur des points un peu saillant
leur cuivrée et souvent arrondis. Ces plaques sont tantôt d
centime et présentent à leur centre un point dur, corné,
dans l'épaisseur de la peau; et tantôt elles sont réunies d
une plaque épaisse qui semble recouverte de plusieurs cou
qui ne tarde pas à se fendiller et à devenir le siége de fissur
ne faut pas oublier que ces deux variétés de syphilides sont
lides tuberculeuse et papuleuse, qui s'accompagnent quel
peu épaisses, et avec lesquelles il ne faut pas les confondre.

Les *syphilides vésiculeuses*, l'*eczéma*, l'*herpès* et la *va*
tiques ne se distinguent réellement des éruptions analog
que par la teinte des rougeurs, cuivrée d'abord, grisâtre e
marche plus lente.

Les *syphilides bulleuses* sont le *rupia* et le *pemphigus*
rupia ne diffère du rupia non syphilitique que par son ulcé
— Le *pemphigus syphilitique* s'observe seulement chez l
teints de syphilis congénitale, principalement à la plante des
des mains, où les bulles sont aussi le mieux caractérisées, s
Paul Dubois et Depaul l'ont vu commencer par une teinte
où apparaissent ensuite un grand nombre de vésicules qui
former des bulles, auxquelles succèdent des croûtes; au-
derme est intact ou ulcéré. Il ne faut pas confondre ce pemp
n'est pas syphilitique. Hervieux a observé un pemphigus épi
litique chez les nouveau-nés de la Maternité, depuis le moi
qu'en janvier 1868. Il évalue à 150 le nombre des petits ma
a constaté jusqu'à quinze cas en une seule journée. C'était u
quoique d'une durée rarement moindre d'un mois à six s
par des bulles du volume moyen d'une lentille, mais pouv
trois centimètres de diamètre. L'inoculation, justifiée par la

du *chancre diphthérique du col de l'utérus*, décrit par Bernutz, et qui nce par des vésicules agglomérées, opaques, dont la rupture laisse aper- une fausse membrane bientôt saillante et jaunâtre, puis une ulcération onnée, caractéristique, de très-longue durée.

ni ces variétés si diverses de syphilides, il en est qui diffèrent peu des ns cutanées vulgaires, et d'autres qui ont des caractères spéciaux comme ns de la peau, caractères précieux pour le diagnostic. Telle est la syphilide ileuse compliquée d'ulcérations; tel est le pemphigus des nouveau-nés i plupart des observateurs.

n on pourra tirer quelquefois du *siége* des syphilides des inductions utiles. précédemment qu'elles occupaient plus fréquemment le visage et le cuir i que les autres régions du corps; mais je dois ajouter que l'acné et l'ec- occupent principalement les membres inférieurs, et que la paume des et la plante des pieds sont le siége de prédilection de la syphilide squa- cornée de l'adulte, et du pemphigus des enfants, chez lesquels les affec- quameuses de la peau des mains et des pieds ont été signalées par Trous- t Lasègue comme des indices rarement infidèles d'infection syphilitique *de méd.*, 1847, t. XV).

'ronostic. — La plupart des syphilides sont des phenomènes transitoires ioncent l'invasion de la syphilis constitutionnelle. Elles n'offrent de danger es-mêmes que dans des conditions exceptionnelles; tel serait, par exemple, igo syphilitique de la face chez le nouveau-né, suivant Diday. Elles sont it plus fâcheuses qu'elles détruisent plus profondément les tissus et s produisent des cicatrices plus considérables, principalement au visage.

PHILIS. — Cette maladie virulente est certainement celle qui a donné i plus grand nombre de publications contradictoires parmi les travaux mo- i. Il suffit de citer, parmi une foule d'autres, les noms de Baumès, Devergie, ive, Cullerier, Diday, Ricord, Vidal (de Cassis), Melchior Robert, Rollet, , A. Fournier, Viennois, etc., pour réveiller l'idée des luttes scientifiques juées par la question de la syphilis.

Éléments du diagnostic. — Pour bien exposer le diagnostic de cette ma- iu lit du malade, il faut faire abstraction des théories autant que possible, iaser ses inductions sur les faits tels qu'ils se présentent, sans choix comme ixclusion. Ainsi envisagés, nous ne devons donc pas diviser *à priori* les nts en *vénériens* (sans retentissement dans toute l'économie) et en *syphi- es* (avec infection générale); car le problème de cette distinction se pré- précisément à résoudre à propos de chaque malade.

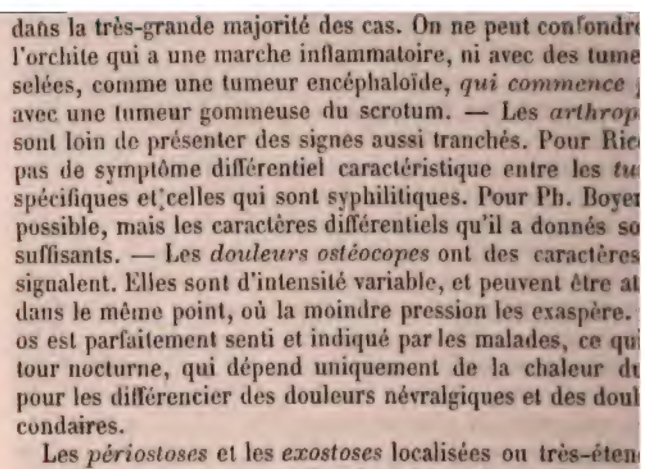
— *Symptômes primitifs.* — Ces symptômes, dits aussi *locaux* ou d'*in- i* par Lagneau, et qui se développent là où l'action de la matière infectante iconomie s'est fait d'abord sentir, comprennent :

chancre primitif, simple ou induré, ce dernier considéré avec raison ie principal symptôme primitif de syphilis par Ricord. On y a joint la *plaque ieuse*, et le bubon, dit *bubon d'emblée* (?), que l'on considère générale- comme un *symptôme successif* du chancre, ainsi que la *lymphangite.*

—*Symptômes secondaires.* — On considère comme tels ceux qui s'ob- it au niveau de la peau, des muqueuses et des ganglions lymphatiques. Ce

i *engorgements ganglionnaires indolents ;* les *plaques muqueuses*, les *ilides*, les *lésions des membranes muqueuses*, telles que l'*ophthalmie*, le *a*, l'angine ou *pharyngite* dits syphilitiques, et les *ulcérations secondaires* aupières, des fosses nasales, des oreilles, de la bouche, de la langue, de la

quemment observées aux parties génitales chez la femme que chez
:. Facilement reconnaissables à leur forme ordinairement arrondie, à
lie papuleuse en masse, à leur surface aplatie ou légèrement convexe,
ur rosée ou livide, quelquefois ulcérées ou fendillées, recouvertes le
vent d'une pellicule fine, d'apparence muqueuse (que Diday a comparée
uche de collodion à moitié desséché), et d'autres fois d'une fausse
ne grisâtre, elles sont tantôt discrètes et tantôt confluentes. Ces plaques
ses se développent d'emblée ou bien succèdent à un chancre en voie de
n dont les bourgeons charnus font saillie en masse au dehors. Quel que
point de départ, leur développement végétant peut donner lieu à des
inces et à des végétations qui, au pourtour de l'anus, portent le nom de
mes. Leur durée est très-variable, courte ou très-persistante, et leur
on ne laisse de trace cicatricielle que lorsqu'elles ont éte ulcérées, et
es cicatrices sont-elles petites et superficielles.
lcérations syphilitiques secondaires constituent également des acci-
s-importants au point de vue du diagnostic, qu'elles occupent les par-
tales, le col de l'utérus, ou le rectum, la bouche, la langue, la gorge (où
t fréquentes), les fosses nasales, les paupières, les oreilles. Ces ulcéra-
nt ordinairement *irrégulières*, *à bords déchiquetés* et souvent *taillés à*
fond est déprimé, *grisâtre* par places, parfois finement grenu, baigné
uide sanieux, ou caché par des *croûtes épaisses;* les tissus de leur base
quemment *indurés*, leurs *bords décollés*, quelquefois *gangrénés;* leur
tantôt lente et tantôt rapide, est envahissante en surface ou en profon-
qui les a fait dénommer ulcères *serpigineux*, *phagédéniques*. Il en
des pertes de substances parfois considérables. On peut constater ces
es à l'aide du laryngoscope, lorsque l'ulcération échappe à la vue, en
t, par exemple, une partie du pharynx inaccessible à l'œil ou bien l'in-
lu larynx. Le diagnostic en est alors très-difficile, car on peut tout au
onnaître l'existence d'une ulcération quelconque, sans en pouvoir
ner la nature.
utre donnée diagnostique importante est le retour nocturne des *douleurs*
oïdes ou péri-articulaires. Cependant leur valeur comme signe de
n'est pas absolue, car des douleurs analogues se rencontrent avec l'in-
n saturnine.
rtain nombre d'*accidents tertiaires*, que l'on rencontre dans les or-
us ou moins profondément situés, ont également des caractères propres
moins bien accusés. — Les *tumeurs gommeuses* ou *tubercules ter-*
constituent des tumeurs sous-cutanées ou sous-muqueuses isolées, se
ant dans toutes les parties du corps, mais plus fréquemment aux mem-
surtout aux membres supérieurs, indolentes, sans changement de cou-
peau, rarement agglomérées ou douloureuses; elles ont pour caractère
l de se développer avec une lenteur de plusieurs années avant d'acquérir
e d'une noisette ou d'une noix, puis de se terminer soit par résolution,
st rare, soit, ce qui est le plus ordinaire, par suppuration avec gangrène
au, et ulcération persistante jusqu'à la fonte complète du tubercule. —
rations tertiaires qui résultent de la fonte des gommes syphilitiques,
yma ou du rupia syphilitiques sont jaunâtres, grisâtres, pultacées, ex-
pic, répandent une odeur infecte, et donnent lieu à des cicatrices
s à celles des brûlures profondes. — Les *rétractions musculaires* sy-
es, indépendantes de toute affection du système nerveux, s'accompa-
e douleurs sourdes, nocturnes, dans le muscle qui se tuméfie et devient



dans la très-grande majorité des cas. On ne peut confondr
l'orchite qui a une marche inflammatoire, ni avec des tume
selées, comme une tumeur encéphaloïde, *qui commence*
avec une tumeur gommeuse du scrotum. — Les *arthrop*
sont loin de présenter des signes aussi tranchés. Pour Ric
pas de symptôme différentiel caractéristique entre les *tu*
spécifiques et celles qui sont syphilitiques. Pour Ph. Boyer
possible, mais les caractères différentiels qu'il a donnés so
suffisants. — Les *douleurs ostéocopes* ont des caractères
signalent. Elles sont d'intensité variable, et peuvent être at
dans le même point, où la moindre pression les exaspère.
os est parfaitement senti et indiqué par les malades, ce qui
tour nocturne, qui dépend uniquement de la chaleur du
pour les différencier des douleurs névralgiques et des doul
condaires.

Les *périostoses* et les *exostoses* localisées ou très-éten
sont fréquemment rencontrées dans la pratique. Ce sont
d'une grande valeur, et qui sont facilement reconnaissable
tuent des tumeurs extérieures au niveau des os accessible
ou moins volumineuses, dures, peu ou point douloureuses
riostose seule peut quelquefois être aiguë (*périostose g*
comme cela peut arriver aussi pour les exostoses non éb
quelquefois de la fluctuation, puis suppure ou se résout.
toses se développent dans des parties inaccessibles à l'ex
vité du crâne, celle du rachis, etc., elles donnent lieu à d
pression d'autant plus prononcés qu'elles se développent
la *paralysie*, à des *convulsions épileptiformes*. On en a
produire de la dysphagie, dans l'orbite l'amaurose, l'ophtl
mie. Dans les cas de cette espèce, le diagnostic présente
immédiates, à moins que l'on ne soupçonne la cause des a

Les *lésions viscérales* syphilitiques sont aussi des ac

lit., 1862), on ne peut guère trouver de caractères particuliers qu'à l'in-
ation ou à la compression qui résultent des exostoses, périostoses, caries
croses du crâne ou des vertèbres, et bien plus rarement de tumeurs dé-
ées dans la masse nerveuse. Quoique les accidents symptomatiques
t jamais par eux-mêmes de caractères spéciaux, il y a dans leur évolution
rticularités qui, rapprochées des antécédents syphilitiques, peuvent éclai-
r la nature des lésions du cerveau ou de la moelle. Je me contente de
observation générale. Je crois cependant utile de rappeler que Griesin-
e Tubingue (*Archiv. der Heilkunde*, 1860), admet avec Lallemand que
cidents cérébraux apoplectiformes peuvent survenir chez des sujets syphi-
s; tantôt ils seraient subits, et tantôt précédés de céphalalgie et de phéno-
cérébraux divers. Une hémiplégie graduelle, avec contractures localisées,
s accidents bizarres, comme des accès intermittents de céphalalgie avec
issement du pouls et somnolence profonde, ainsi que l'a observé Duchek,
nt des effets de la syphilis cérébrale, que l'*âge peu avancé* des malades
aire soupçonner. Lebert (1857-1860), Virchow (*De la syphilis con-*
., 1860), Lagneau (1860), Gros et Lancereaux (1861), Ladreit de La Char-
(1862), ont publié des travaux très-importants sur ce sujet difficile.

Foie. — On a distingué dans les affections syphilitiques du foie des lésions
e peuvent être révélées que par la nécropsie, comme la *périhépatite* con-
e par des petites tumeurs presque miliaires à la surface du foie; mais il en
autres beaucoup plus importantes : ce sont l'*hépatite* syphilitique et l'*affec-*
gommeuse du foie. — Gubler est le premier qui ait sérieusement étudié
itite syphilitique (*Mém. de la Soc. de biol.*, 1852). Après lui, les auteurs
usieurs thèses estimées, et Leudet (1860), Virchow, et Frerichs (*Traité des*
du foie, 2e édit., 1865) se sont occupés de cette affection. Il survient ici
ésions du foie, qui affectent la forme de cicatrices (Virchow), donnant
gane une forme inégale, irrégulière, marronnée, très-bien décrite par Gu-
et qui peut donner lieu chez l'adulte pendant la vie à un symptôme pré-
que j'ai rencontré à l'Hôtel-Dieu, chez un matelot qui présentait d'autres
nts de syphilis invétérée; ce symptôme consistait en tumeurs multiples,
nnées, du volume d'une noisette à celui d'une petite noix, mobiles, faci-
t constatées à la palpation à l'épigastre et au-dessous des fausses côtes
s, indolentes, et résultant d'une sorte de désagrégation du foie en lobules
lis peu volumineux. D'autres signes de l'affection du foie peuvent aussi
er le diagnostic. Tantôt il est augmenté de volume, tantôt atrophié, et
tuant alors une cirrhose qui peut ressembler à la cirrhose ordinaire, par
e, l'ascite, et même les troubles digestifs; il y a eu dans quelques cas des
sements et des selles sanguinolentes. Hérard admet, avec Pihan-Dufeillay,
cirrhose syphilitique peut se caractériser, comme la précédente, d'abord
ne hypertrophie, puis par l'atrophie (*Soc. méd. des hôp.*, avril 1864). Sui-
eudet (*Monit. des sc. méd.*, 1860), la syphilis hépatique peut être latente,
nnoncer par de l'ictère, une douleur gravative locale, prononcée surtout
marche et dans la station, et par une hypertrophie de l'organe. Cette
on, qui débute quelquefois dans la période secondaire de la syphilis
d), est fréquente pendant la vie intra-utérine, et elle peut ensuite être
ée chez l'enfant nouveau-né et même chez des jeunes sujets ou des vierges,
u'on puisse déterminer si l'infection a été accidentelle. L'affection a une
on et une croissance qui peuvent durer plusieurs années, ou bien être plus
s et se faire en quelques mois. Enfin Leudet la considère comme curable,
me pouvant se compliquer de phénomènes hydropiques, même d'albumi-

nurie. Budd (*Diseases of the liver*, 1857) a décrit l'affection syphili[...]meuse du foie que l'on peut rapprocher de l'hépatite syphilitique par [...] qu'elle fournit, et qui a été confondue comme elle avec le cancer.

c. Reins, rate. — Rayer avait signalé l'albuminurie comme pouva[...]cher à la syphilis; le fait est que, sous son influence, le rein, ains[i que l'a] démontré Virchow, puis Lancereaux (*Traité de la syphilis*, 1866), [...] atteint de néphrite interstitielle, de dégénérescence amyloïde et d'at[...] Quant à la rate, Virchow a admis comme syphilitiques certaines dégén[érescences] amyloïdes se terminant par une augmentation du tissu conjonctif avec [...] et dépressions cicatricielles, mais sans signe distinctif pendant la vie. On [ne pour]rait donc que soupçonner la lésion dans les cas où la rate déborderait [...] des côtes.

d. Appareil respiratoire. — Il existe d'abord des lésions au *laryn[x]* [...] raucité de la voix révèle la laryngite chronique syphilitique, pouvant, au [...] abord, être confondue avec la laryngite tuberculeuse. En rétrécissant le [...] cette laryngite syphilitique produit parfois des accidents de suffocation [...] vent dépendre aussi d'un œdème de la glotte, et contre lesquels on s'est [...] d'employer la trachéotomie. Il y a fréquemment des ulcérations qu'il [...] portant de rechercher à l'aide du laryngoscope, et très-rarement une de[...] des cartilages par nécrose; l'expulsion des parties nécrosées est alors [...] concluant. — De semblables ulcérations existent quelquefois aussi dan[s la tra]*chée*, où leur cicatrisation peut produire le RÉTRÉCISSEMENT de ce condu[it, et par] suite, une asphyxie croissante mortelle. — Du côté des *poumons*, on [...] depuis longtemps des lésions syphilitiques. Ricord a signalé des gom[mes pul]monaires, Virchow admet des ulcérations des bronches et une pneumo[nie chro]nique syphilitique. Lebert, Lagneau, Leudet, Lorain ont observé des [...] genre, et Depaul a démontré depuis longtemps (*Gaz. des hôpit.*, 18[...] nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire et succombant avec d[...] du côté des voies respiratoires (symptômes de pneumonie lobulaire) [...] fréquemment une lésion syphilitique des poumons (noyaux indurés [...]

e. Organes circulatoires. — Ricord a vu mourir subitement u[...] chez lequel on trouva à l'autopsie un épaisissement de l'endoca[rde ...] meurs ramollies semblables à des gommes dans diverses parties [...] seaux (*Clin. iconographique*, 1851). D'autres observateurs ont [...] sions analogues qu'ils ont considérées comme syphilitiques; m[...] pas, les signes que l'on peut alors observer ne présentant abs[...] spécial.

Plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiques o[...] lées par Rollet (de Lyon), comme des manifestations de la sy[...] tente de les énumérer. Ce sont : le *mal de Sainte-Euphémie* [...] *pian de Nérac* (Raulin, 1751), la maladie de *Chavann*[...] 1829), la maladie *de Brunn* (Th. Jordan, 1578), celle *de* [...] *liévo* (Cambieri), la *facaldina* (Zecchinelli, 1786), le [...] (Gilchrist, 1765), la *radesyge*, le mal *de la baie de Sain*[...] *d'Amboine* (Bontius, 1718), et le *frambœsia* (*Arch. de m*[...]

La connaissance de ces manifestations si diverses, isolée[...] base du diagnostic. Mais pour en tirer convenablement par[...] peler l'*évolution* la plus ordinaire des accidents syphilitiq[...] cubation, qui s'étend entre la contamination primitive et [...] accidents secondaires, peut être de plusieurs mois ou de p[...] beaucoup d'observateurs; elle ne peut pas dépasser six [...]

étudié avec soin la succession des symptômes syphilitiques, et ce serait palement du *quatrième au sixième septénaire* que l'on verrait cesser ncubation; en sorte qu'on peut alors rencontrer encore, en même temps s premières manifestations secondaires, des accidents primitifs qu'il faut cher d'ailleurs dans tous les cas. Alf. Fournier a soutenu cette manière r devant la Société médicale des hôpitaux en 1865, et il place la cause des ations longues dans les conditions individuelles plus ou moins bonnes du qui reçoit le virus. Les recherches de Sigmund, de Vienne (*Gaz. hebdom.*, s'accordent sur la durée de l'incubation (six semaines) avec celles de Ri- t d'Alf. Fournier. Que se passe-t-il pendant l'incubation? Sperino (*Voy.* *médicale*, 1864), se fondant sur une élaboration spéciale et le ralentis- t circulatoire que subit le virus dans les ganglions lymphatiques, fait de nglions le siége, le foyer, où il acquiert la propriété infectante. C'est une hèse ingénieuse, nullement démontrée. Ricord indique, comme signes les récoces de l'infection générale, la *chloro-anémie*, des *troubles de la vue*, *ouleurs névralgiques* de la tête, des *douleurs rhumatoïdes des membres* pérant la nuit, irrégulières dans leur siége et leur intensité, ou une simple *ature* précédant l'apparition des accidents secondaires. Les *engorgements ionnaires indolents* ayant pour siége de prédilection les régions cervi- ostérieure ou cervico-céphalique, et l'*alopécie*, sont aussi considérésr da mme des phénomènes des plus précoces, qu'il ne faut pas par conséquent er de rechercher.

ntôt la peau et les muqueuses sont affectées, d'abord très-superficielle- (éruptions exanthémateuses, altérations de couleur, états papuleux, pla- muqueuses), puis plus profondément (tubercules cutanés, ulcérations des ents). Enfin les accidents tertiaires, plus profonds encore, se montrent un temps plus ou moins long, et assez souvent après bien des années. Mais faut pas oublier que les phénomènes peuvent se combiner de telle sorte es accidents secondaires apparaissent alors que l'accident primitif persiste e, et les accidents tertiaires pendant le cours des secondaires. Le traite- a d'ailleurs une grande influence sur cette évolution qui, ainsi qu'on le n'a pas toujours la régularité qu'on a cherché à lui assigner. Mais ce n'est ne raison pour admettre d'une manière absolue, comme Cazenave, par ple, que cette évolution est sans aucune importance.

e question qui se rattache à l'évolution de la syphilis est celle des réci- . On admet généralement qu'on ne peut l'avoir qu'*une fois*. Cependant t, Follin, Delestre ont cité des faits de syphilis récidivée. Diday n'en croit es exemples aussi rares qu'on le dit généralement. Tout en admettant l'uni- le la syphilis, comme celle de la variole, par exemple, il compare les réci- syphilitiques par rapport à la syphilis primitive, à la varioloïde qui se re après la variole (*Arch. gén. de méd.*, 1862, t. XX). Dans plus de la é des cas de la seconde introduction du virus suivie d'accidents, il a trouvé ancre induré, *à part l'adénopathie indurée concomitante*, sans acci- constitutionnels (*chancroïdes*); dans plus d'un quart des faits, il y a eu ancre induré suivi d'accidents constitutionnels moins intenses que ceux de emière syphilis (*véroloïdes*); enfin dans moins d'un demi-quart des cas, hancre induré a été suivi d'accidents constitutionnels plus intenses que de la première syphilis (*secondes véroles*).

Signes complémentaires. — Jusqu'à présent je n'ai tenu compte que des lents ayant des caractères spéciaux; mais il en est une foule d'autres qui ne rent en rien, ai-je dit, des mêmes états pathologiques considérés co

non syphilitiques. A ceux-là on n'attribue le caractère syphilitique que par la préexistence ou la coïncidence actuelle d'autres accidents manifestes de cette nature et dont je me suis occupé précédemment.

Parmi les phénomènes séméiologiques primitifs sans caractère syphilitique évident, on a rangé la *blennorrhagie* et le *bubon d'emblée.* On leur a accordé et dénié tour à tour la nature syphilitique. L'un et l'autre ont été manifestement suivis d'accidents secondaires et tertiaires dans des faits bien observés; mais c'est dans l'explication que se traduisent les dissidences, l'hypothèse d'un chancre caché ou larvé dans tous les cas d'infection générale étant considérée par Ricord comme une réalité indirectement démontrée, ce qui n'est pas admis par d'autres observateurs.

Nous trouvons parmi les phénomènes séméiologiques secondaires ou tertiaires sans caractères spécifiques : l'ophthalmie, le coryza, la pharyngite érythémateuse et papuleuse, l'iritis, les végétations, certaines douleurs névralgiques et rhumatoïdes, la phthisie pulmonaire résultant seulement de la fonte de gommes développées dans le poumon (Van der Kolk, Ricord), les syphilides ressemblant aux éruptions cutanées vulgaires, et enfin beaucoup de névroses, qui ont été bien étudiées par L. Gros et Lancereaux, ainsi que par Zambaco, dans des ouvrages qui ont été couronnés par l'Académie de médecine. On doit cependant reconnaître que quelques-unes de ces manifestations doivent, plus particulièrement que les autres, éveiller l'idée de la syphilis, parce qu'elles en sont plus fréquemment la conséquence; telles sont l'iritis, les végétations, les syphilides douteuses, et, comme névroses, la paralysie accidentelle des muscles moteurs de l'œil.

L'*étiologie* fournit assez souvent des données de diagnostic complémentaires et très-importantes, entre autres l'existence de lésions syphilitiques chez le sujet contaminateur. Mais d'autres fois, l'origine de la contagion reste obscure et inconnue, et ce sont ces faits incertains qui ont motivé les assertions les plus diverses, trop souvent tranchantes en l'absence de preuves. Il est acquis aujourd'hui que les chancres mous ou indurés, les plaques muqueuses et des accidents secondaires, peuvent transmettre la syphilis. Il est également certain que l'emploi de certains instruments infectés peut la produire, comme on l'a vu pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Soc. méd. des hôp.*, 1864). Mais l'étiologie est complexe s'il s'agit d'un enfant nouveau-né ou à la mamelle, dont la syphilis congénitale ou acquise peut avoir indifféremment sa source chez le père, la mère, la nourrice ou même chez une personne étrangère. La transmission par la vaccination sera, en raison de son siége, et comme suite de l'opération vaccinale, plus facilement reconnue, mais à la condition expresse qu'on ne prendra pas pour des lésions syphilitiques, des complications locales, des pustules vaccinales produites par des causes accidentelles, comme des influences épidémiques et certaines constitutions médicales, comme l'a montré J. Guérin dans la discussion récente qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur le virus vaccin (*Bulletin de l'Académie de médecine*). Cette contamination par la vaccine a été signalée à différentes reprises depuis 1800, époque à laquelle Mosely la fit connaître.

Pour exposer le *diagnostic différentiel* des accidents syphilitiques, il faudrait entrer dans de grands développements; car chaque phénomène simple ou complexe de la maladie pourrait donner lieu à discuter longuement son diagnostic différentiel, et des ouvrages entiers ont été consacrés à ce sujet (Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*, 1854). Je crois cet exposé inutile, car *dès que l'on songe à la syphilis*, le diagnostic s'élucide rapidement. Or, la pensée de la syphilis doit surgir à l'esprit en présence de toute affection ou

mène chronique ayant quelque analogie avec ceux que j'ai énumérés, et t du cadre de l'observation habituelle. Une syphilis dissimulée ou mé- précédemment est considérée à peu près comme certaine si l'accident maladie observée cèdent rapidement à l'emploi d'un traitement spécifique riaux et iodure de potassium). On a insisté avec raison sur l'importance te ressource diagnostique, qui est quelquefois la seule preuve de la des phénomènes observés. Elle est surtout utile lorsque l'on se trouve sence d'un état pathologique ou d'un symptôme isolé, même à une très avancée de la maladie (dix, quinze ans et plus après la contagion, git d'accidents tertiaires), sans qu'aucun autre accident manifeste ou du avoué par le malade puisse mettre sur la voie par la filiation ordinaire anifestations successives de la maladie, et sans qu'on ait la ressource de ter des *stigmates cicatriciels* de lésions syphilitiques anciennes. Une té de diagnostic différentiel a été soulevée par Alf. Fournier (*Soc. méd. pit.*, 1865) sur les caractères de certaines lésions scrofuleuses comparées lésions syphilitiques. Hérard en pareils cas a eu recours à l'iodure de um, dont le succès lui a paru démontrer la nature syphilitique des sym- s, qui étaient une destruction des os propres du nez avec ulcérations). L'évolution de la maladie et la recherche de la cause seront ici d'un secours pour le diagnostic dont il ne faut pas cependant se dissimuler me difficulté dans plus d'un cas.

diagnostic de la maladie une fois établi, il reste à en déterminer les parti- tés complémentaires : le degré, la forme, les complications.

ativement au *degré* d'évolution de la syphilis, on l'a distinguée en bé- , grave, et en cachectique ou phagédénique. — On a d'abord considéré e syphilis *bénigne* celle dont l'évolution ne dépasse pas la période primi- n vertu de certaines idiosyncrasies, ou par l'effet du traitement employé. its heureux ne sauraient être niés; mais à quels signes les reconnaître si st à l'absence ultérieure de tout phénomène secondaire ou tertiaire : or, ractère distinctif, excellent pour motiver une distinction scientifique, n'a e valeur immédiate, lorsque l'on est en présence d'un malade atteint dents primitifs, rien ne pouvant indiquer que plus tard il ne surviendra e symptômes secondaires ou tertiaires. — On a appelé *grave* au con- la vérole qui se manifeste par les trois ordres de phénomènes primitifs, daires et tertiaires, dont l'ensemble démontre l'intoxication profonde de omie. — La forme *cachectique* ou *phagédénique* est un degré encore avancé, qui se reconnaît à la teinte terreuse de la peau, à l'amaigris- nt, aux taches ecchymotiques, au ramollissement des gencives, au trouble igestions, à la diarrhée, parfois aux hémorrhagies intestinales, et enfin à me des ulcères syphilitiques qui sont rongeants, serpigineux, mous, fon- , à bords décollés, livides, quelquefois gangréneux. Pour plusieurs obser- rs distingués, le phagédénisme serait la conséquence unique des irrita- intempestives et des cautérisations exercées sur les lésions.

outre de ces *formes* de syphilis fondées sur le degré plus ou moins é de la maladie, il en est d'autres qui ont, dans leur ensemble, une phy- mie utile à rappeler pour la pratique, et qui tiennent à la prédominance rtaines particularités. Telle est la syphilis héréditaire, celle des nouveau- celle des nourrices. — La syphilis héréditaire se manifeste ordinairement ues semaines après la naissance, rarement après deux mois, d'abord par *anthème* caractéristique, par des *plaques muqueuses*, et rapidement en- par des *ulcérations* de la bouche, du pharynx ou des fosses nasales, -

[illegible] par la *faiblesse*, l'*émaciation*, la colorati[illegible] [illegible] Trousseau), par son aspect parcheminé, rid[illegible] [illegible] qui donne aux enfants un air de petits vieillard[illegible] [illegible] autour des parties génitales ou aux membres inférieur[illegible] [illegible] des bulles *de pemphigus*, des *excavations* et de[illegible] [illegible] particulièrement les malléoles et les talons. Tro[illegible] [illegible] la syphilis chez le nouveau-né peut se montrer apr[illegible] [illegible] soupçonner si la mère a eu plusieurs accoucheme[illegible] [illegible] naître mort avec ou sans lésions extérieures app[illegible] [illegible] souvent la syphilis s'annonce par des bulles de pemph[illegible] [illegible] mains et la plante des pieds (*Voy.* SYPHILIDES, p. [illegible]) [illegible] la suppuration du thymus et celle du poumon. Le médeci[illegible] [illegible] ne peut jamais répondre qu'il n'y ait pas quelque lésion dans [illegible] [illegible] *enfant nouveau-né*, ce qui montre la réserve avec laquel[illegible] [illegible] prononcer sur la santé des enfants confiés à des nourrices. Le [illegible] [illegible] la rareté des engorgements ganglionnaires et des lésions osseuse[illegible] [illegible] la fréquence de la roséole syphilitique et des plaques muqueuse[illegible] [illegible] très-souvent ulcérées chez les enfants. Parmi les accidents qu[illegible] [illegible] héréditairement, on range aujourd'hui les accidents tertiaires [illegible] [illegible] croyait d'abord susceptibles que de produire la scrofule. La syphilis [illegible] [illegible] nouveau-né peut contracter, *en dehors de la mère*, ne diffère pas de [illegible] [illegible] l'on observe chez l'adulte et qui est transmise par un chancre. [illegible] [illegible] observateurs admettent aujourd'hui que des accidents secondaires peuvent [illegible] transmettre de la nourrice à l'enfant et réciproquement. Les enquêtes [illegible] [illegible] de pareilles contaminations, dont les parents et la nourrice se rejette[illegible] [illegible] la responsabilité, nécessitent des investigations difficiles et beau[illegible] [illegible] prudence et de réserve, de la part du médecin appelé à se prononcer. — Quant à la syphilis des *nourrices*, celle qui survient à la suite de la [illegible] [illegible] sein par un enfant infecté, est la seule qui mérite une mention particulière[illegible] Mais ici il faut bien se garder de confondre les fissures du mamelon, l'[illegible] l'impétigo, ou le simple ecthyma de cette région, avec des accidents syphili[illegible]tiques, et ne pas oublier que la stomatite non syphilitique chez l'enfant, surtout lorsqu'elle est ulcéreuse, gangréneuse ou accompagnée de muguet, peut pro[illegible]duire sur le mamelon de la nourrice une irritation qui en impose parfois pour une affection syphilitique.

Les *complications* ou plutôt les effets consécutifs de la vérole varient [illegible] manière générale suivant le degré auquel est arrivée la maladie et suivant [illegible] nature de certaines lésions. Je n'ai qu'à rappeler l'anémie et le dépérissem[illegible] qui accompagnent la *cachexie syphilitique*, la phthisie due au développ[illegible] de gommes dans les poumons, les *paralysies* (qui sont rares), l'*atro*[illegible] *musculaire* (*Voy.* p. 111), la fragilité ou le ramollissement des os ([illegible]MALACIE), l'*avortement*. Parmi les *lésions*, les ulcérations mériten[illegible] mention particulière comme pouvant produire des *destructions de part*[illegible] d'organes plus ou moins importants, des *perforations*, des *hémorrh*[illegible] mortelles, comme j'en ai constaté une par suite d'une ulcération syphi[illegible] siégeant [illegible] bronche principale et qui pénétra jusqu'à un anévry[illegible] l'aorte. [illegible] ésulte des *cicatrisations* difformes à l'extérieur, et [illegible] [illegible] cissements de conduits dont le calibre est indispen[illegible] [illegible] nduits respiratoires (*Voy.* CICATRICES, RÉTRÉCISSE[illegible] [illegible] nplication a été observée par Verneuil et par Alf. Fo[illegible] [illegible] nents subinflammatoires dans la cavité séreuse qui [illegible]

tendons extenseurs des doigts sur la face dorsale du carpe et du métacarpe, ont été signalés par Gubler dans la paralysie des extenseurs, et qui se conent aussi dans le cours du rhumatisme (*Voy.* p. 932). Cette lésion était-elle ment syphilitique?

n a attribué à la syphilis une foule de maladies qu'il serait bien inutile d'érer, car aucune preuve ne vient à l'appui de l'opinion, souvent erronée, auteurs sur ce point. Je dois cependant faire exception pour les scrofules smises aux enfants par les parents atteints de vérole. On est d'accord sur la ibilité de cette transmission, sans l'être sur les conditions dans lesquelles elle u, ni même sur les signes de ces scrofules héréditaires, qui paraissent ter toutes les fonctions, et par suite le développement physique de l'en- Parmi les écrivains les plus modernes qui se sont occupés de cette ques-, Maisonneuve et Montanier considèrent cette scrofule comme différant de crofule ordinaire par l'absence de certains symptômes; tandis que, pour y, elle est au contraire la scrofule ordinaire, plus certains symptômes. voit que le sujet réclame de nouvelles recherches.

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis varie suivant une foule de cirstances. Sans entrer dans des détails inutiles, après ce qui précède, sur la ignité ou sur la gravité plus ou moins grande des symptômes ou des groupes ymptômes considérés isolément, je rappellerai seulement que la syphilis a rarement une issue funeste chez l'adulte, ce que démontre la mortalité inifiante des hôpitaux de vénériens; que, par contre, elle est très-souvent telle dans le premier âge, surtout si elle est héréditaire; et que, lorsque fant en guérit, sa santé générale reste plus ou moins profondément atteinte. tes choses égales, un traitement convenable empêche l'affection de devenir e et même paraît l'arrêter dans son évolution.

ACHES. — Les taches diffèrent des MACULES, qui sont fixes et durables, leur apparition accidentelle et transitoire. Ce sont : des *ecchymoses* rbut, hémophilie, érythème noueux); des taches bleuâtres ou *ardoisées*, obées dans la fièvre synoque (?) ou typhoïde, mais qui ont été rencontrées aussi Jaccoud dans la fièvre intermittente, et par moi dans le rhumatisme articue aigu, taches ne disparaissant pas sous la pression du doigt ; des PÉTÉCHIES lement persistantes; des taches *rosées lenticulaires*, arrondies, d'un à x millimètres de diamètre, disparaissant au contraire momentanément sous ression, occupant le plus souvent l'abdomen, et se distinguant des piqûres puces par l'absence du petit point ecchymotique central que ces dernières sentent. Louis a signalé les taches rosées lenticulaires (bien différentes des échies), comme un des meilleurs signes de la fièvre TYPHOÏDE; elles sont, en t, presque constantes dans cette affection, et très-rares dans d'autres pyies. Des taches rosées ou rouges se remarquent dans le TYPHUS, et constint les principaux indices des fièvres éruptives commençantes; ou au contraire traces d'une éruption récente (herpès, variole, impétigo, etc.). Dans certains OISONNEMENTS, des taches caractéristiques peuvent révéler l'espèce de poison éré, de même que celles de sulfure de plomb paraissant à la peau après un bain ureux, dénotent une intoxication saturnine, ou des applications de sels de nb sur la peau. Enfin Trousseau a appelé *méningitiques* des taches que l'on t produire, non-seulement dans la méningite, mais encore dans plusieurs es maladies.

ACT. — *Voy.* SENS et TOUCHER.

EIGNES. — Pour traiter du diagnostic des affections appelées teignes, il avant tout préciser ce que l'on doit entendre par cette dénomination. Les

dermatologues ne sont malheureusement pas d'acc
été appliquée à toutes les affections du cuir chevelu
plus tard à désigner plus spécialement le *favus* (
veuse) comme vraie teigne, les autres maladies du
rées comme de fausses teignes. En 1850, Cazenave
teignes toutes les affections contagieuses du cuir ch
ce principe de la contagion, mais en attribuant tou
rasite cryptogamique ; en sorte qu'il considère com
fections qu'il regarde comme essentiellement parasi
palement au niveau des *cheveux* et des *poils*, des
l'*épiderme*. Elles constituent trois genres de teign
parasites différents, et elles peuvent toutes s'obser
chevelu, mais encore sur la face, sur les parties se
les membres. Cette manière d'envisager la nosogr
des objections nombreuses, sans parler de celles q
nérale du parasitisme telle que l'a posée Bazin
tions). On ne saurait nier cependant qu'elle n'ait je
ce sujet. Je vais m'occuper successivement de la
tous les auteurs, et des teignes *tonsurante* et *pe*
Bazin, dont la classification et la description nous
la question de diagnostic au point de vue le moins

I. **Teigne faveuse** (*tinea vera*, *tinea ficosa*,
favosa, *porrigo scutulata*, *favus*).

La teigne faveuse est depuis longtemps consid
cette contagion a été attribuée par Bazin à la trans
particulier, l'*achorion de Schœnlein*. Le transp
ce champignon est aujourd'hui un fait hors de tou
périences faites par Lemaire ; un teigneux se gratt
passait ensuite sur des vases remplis de glace, des
furent ensuite trouvées dans ces vases, montrant
un grand nombre de spores (*Acad. des sciences*,

Il est difficile de reconnaître le favus à ses pr
prurit incommode, des *plaques d'érythème* se
geur, gonflement et douleur à la pression, puis u
poils qui deviennent ternes, grisâtres et faciles à
gère. Le diagnostic devient facile au contraire dès
gnomonique de la maladie, la *cupule favique*
caractéristique et dont le centre est traversé pa
progrès de la sécrétion, et le rapprochement des
matière favique peut se répandre et former des
plus ou moins larges ou épaisses, mais qui mo
la maladie ne soit très-ancienne, des godets favi
vers leurs bords. Ces croûtes exhalent une *odeur*
les cheveux tombent et repoussent frêles et *la*
pas entièrement détruit. Leur chute est définitive
daires, ordinairement *pustuleuses*, et l'*ulcératio*
plétement le follicule. Les *cicatrices* qui succède
dépourvues de cheveux, constituent ensuite des *tro*

Les concrétions faviques, délayées dans l'eau
nées au microscope à un grossissement de deux c
présentent exclusivement, comme l'a démontré Ba

L'achorion de Schœnlein, *fig.* 257 et 258, et les réactifs chimiques dé-
ent, comme le microscope, la nature végétale des croûtes faveuses. Les



— Achorion
œnleinii.



Fig. 258. — Achorion Schœnleinii. — *a*, *b*, filaments de réceptacle. *c*, *d*, spores.

l'achorion, *fig.* 259, pénétrant dans les follicules pileux, produiraient
n se développant dans ces follicules, et en détruisant les bulbes pilifères.

l'absence des godets faviques
agnostic offre des difficultés
Les rougeurs ou les an-
ythémateux qui précèdent
n de ces godets, sont en effet
s, sur le tronc, aux cercles
es qui caractérisent la *teigne*
te ; ils sont seulement plus
indres qu'une pièce de cin-
ntimes) et d'une remarqua-
mité. Bazin nie que l'érythème fasse défaut au cuir chevelu comme on

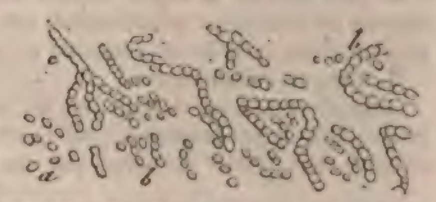


Fig. 259. — Poussière faveuse. — *a*, sporules isolées. *b*, spores en chapelet. *c*, tubes formés de sporules réunies bout à bout (Bazin).

tules qui peuvent survenir au niveau des points érythémateux ont été
es à tort par Willan comme le point de départ de l'affection favique.
les ne doivent être confondues ni avec des pustules d'*impétigo*, ni
arition des concrétions faviques, qui forment des points jaunes qui
t être pris pour le pus de ces pustules.

ules peuvent être déformées et non reconnaissables au niveau des
ciennes et sèches qui résultent de leur agglomération. Or, dans cet
roûtes ressemblent à celle de l'impétigo du cuir chevelu, et n'en dif-
par l'altération des cheveux et leur destruction dans le favus ancien,
cette altération ou leur destruction manquent dans l'impétigo. De
eur caractéristique des croûtes de favus manque dans l'éruption impé-
La difficulté du diagnostic est plus grande si le favus et l'impétigo
n même temps.

rticularité importante est celle du *siége* de la teigne faveuse. Localisée
n cuir chevelu, elle est inoculée par suite du grattage des doigts dans
arties du corps, à la face, au tronc, aux membres, où souvent l'appari-
cles herpétiques d'un très-petit diamètre précède l'éruption des croû-
es, suivant Bazin. Cependant l'affection peut se développer de prime
toutes les régions, notamment aux bras, aux jambes, aux parties sexuel-
ne au niveau des ongles, comme Mahon l'avait signalé, en le constatant
ême. — L'ongle prend alors plus d'épaisseur, une teinte bleuâtre,
jaunit et se flétrit dans une partie de son étendue, et, après un temps

être perdues de vue. Ce sont des éruptions diverses acciden
interne, scrofuleuse, dartreuse ou syphilitique, pour la distin
faut tenir compte de l'ensemble des signes que l'on a sous le
fournis par l'évolution des accidents cutanés.

Le *pronostic* de la teigne faveuse est moins grave qu'a
moyens de traitement actuellement mis en usage ; mais sa g
plus ou moins difficile par l'étendue et la durée antérieure d

II. **Teigne tonsurante.**

Cette affection a été décrite sous les noms de *teigne ton*
jeune, et d'*herpès tonsurant*, par Cazenave, qui la compare
de toute autre partie du corps que du cuir chevelu. Aprè
herbe et Letenneur d
tité de ces deux he
priété contagieuse.
avoir admis l'existe
ton, *fig*. 260, dans l
(1853), le signale a
herpétiques de la
sycosis, qui n'aurait
le parasite particuli
crosporon mentagr
sidère l'herpès circ
la mentagre (ou syc
périodes de la teign
cette manière de B
teigne tonsurante, n'est pas généralement admise, et il en e
scientifique contradictoire, qui met dans le plus grand emba
au point de vue pratique, même en faisant abstraction de la



Fig. 260. — Trichophyton tonsurans. — *a*, cheveu malade rompu en un point. *b*, filament moniliforme constitué par des spores superposées. *c*, spores libres.

La teigne tonsurante pourrait se soupçonner, au début,
moins intense qui coïncide avec des *plaques rouges de form*

: *lichénoïdes*, comme éruption initiale de la teigne tonsurante. On con-lors que l'affection existe non-seulement au cuir chevelu et au niveau ırbe, mais encore à la face et dans d'autres parties du corps, ou la pré-e cercles herpétiques pourrait très-bien s'expliquer par la facilité de la ɔn : à la face, au dos de la main (qui est portée souvent à la face à cause nangeaisons qu'y produit la maladie), et surtout au dos de la main droite, Bazin explique par l'usage plus habituel de cette main. Non-seulement *ion du début* peut, pour lui, être érythémateuse, papuleuse, vésiculeuse, core *squameuse* ou *pustuleuse*. Ces éruptions peuvent s'étendre d'une : excentrique.

ılaques de la teigne tonsurante présentent, dans une seconde période, *'furation* qu'il ne faut pas confondre avec des squames épidermiques, 1, et qui est *blancheur ca-stique*. Au ni-la base des poils cheveux, on en même temps *ine amianta-*galement d'un ıat. Ces produc-: seraient autre que le végétal (le *trichophy-*· Enfin une troi-ériode serait ca-ée par une inflammation secondaire profonde provoquée par ce parasite ant lieu à des *pustules*, à des *indurations tuberculeuses* rendant la peau , mamelonnée (sycosis, au menton), et parfois à quelques *furoncles*. Le rété serait, en pareil cas, parasiticide, ce qui expliquerait la guérison rient ensuite.



Fig. 261. — Poussières blanches de l'herpès tonsurant. — *a*, sporules iso-lées. *b*, sporules réunies. *c*, tubes vides. *d*, tube sporulaire (Bazin).

ultiplicité des affections cutanées considérées avant Bazin comme des s particulières (à tort ou à raison) et qu'il englobe sous la dénomination ıe tonsurante, fait que le diagnostic, de l'aveu même de cet auteur, pré-ıuvent de grandes difficultés. Cependant les plaques circulaires légère-illantes, les poils brisés enveloppés de leur gaîne blanche et entourés de nacrés et d'écailles grisâtres d'épiderme, sont bien des caractères pa-noniques. Mais les érythèmes initiaux peuvent être confondus, au cuir ı, avec le *pityriasis*, l'*herpès simple*, l'*eczéma* circonscrit, le *psoriasis*, *ıe faveuse scutiforme* à son début ; et il est douteux que l'examen mi-ıique puisse facilement tirer d'embarras. A la face, au tronc, aux mem-ien ne serait plus facile, selon Bazin, que de reconnaître la première pé-le la teigne tonsurante, et de distinguer ses anneaux de ceux du favus, ıt bien plus petits, et des éruptions du psoriasis ou du pityriasis, puis-s *n'ont pas la forme circulaire*.

les difficultés sont telles, lorsque les tonsures sont dénaturées et ren-ıéconnaissables par les croûtes impétigineuses qui les recouvrent, que le stic devient souvent impossible. « A la face, dit Bazin, on est peut-être sposé à rattacher, dans tous les cas, les papulo-pustules à la présence du hyton; cette région est souvent aussi le siége de l'*herpès dartreux*, de *igo* scrofuleux ou de cause artificielle; c'est également le siége de prédi-

lection des *scrofulides* malignes, inflammatoires, crustacées; enfin
lides pustuleuses et tuberculeuses n'y sont pas rares. Le diagnostic
devient surtout très-difficile quand les éruptions constitutionnelles
tions parasitaires se compliquent mutuellement. »

Je n'ai rien à ajouter à ce passage de l'ouvrage de Bazin qui,
signale comme signes d'une forte présomption *en faveur du para*
sence, sur une partie du visage ou du cou, de débris de cercles en
parition; l'existence sur les joues de plaques indurées circulaires
pellagreux ou lichénoïde sur le dos des mains ou des avant-bras.

On voit combien de doutes doivent s'élever dans l'esprit du
présence d'une affection cutanée semblable à la teigne tonsuran
surtout si l'on admet avec lui que la durée de la première péri
laquelle la constatation du parasite est si difficile, puisse se prolon
dix-huit mois et plus!

III. Teigne pelade.

Ces expressions, employées au XVIe siècle pour désigner une alo
litique, ont été reprises de nos jours par Bazin pour désigner u
complexe caractérisée principalement par une alopécie spéciale, puisq
dère comme produite par un cryptogame particulier, le *microsporon*
Ch. Robin pense que ce végétal microscopique n'est autre que le *m*
furfur (*fig.* 262), ce qui démontre
de distinguer les uns des autres les
ce genre (*Voy.* p. 771).



Fig. 262. — *Microsporon furfur.* — *a*, portion du champignon. *b*, spores. *c*, spores en voie de germination.

Au début, il y a du *prurit;* les
les *poils* ont un *aspect terne* et
cheveux paraissent *rougeâtres*,
sont pas décolorés. Plus tard, le
le cuir chevelu présente une *hyper*
marquable bien décrite par Devergie
compare à l'œdème, mais elle ne
d'empreinte à la pression du doigt.
même temps une espèce de poussière
ou *blanchâtre*, comme féculente, que
sidère comme le *parasite caractéristique* de l'affection, et les poils,
plus altérés, tombent et se reproduisent alternativement pour
qu'une sorte de *duvet* qui lui-même finit par disparaître, ainsi que la
d'aspect féculent. La perte des cheveux est alors devenue irrémédiable;
elle donne lieu à des *plaques ovalaires* dénuées de cheveux ou à des
en nombre variable, et tantôt elle dépouille des surfaces sinueuses ou
gulières.

Quel que soit son siége, la teigne pelade ainsi décrite par Bazin aurait
les mêmes caractères; mais sa forme présenterait deux variétés : *achr*
et *décalvante.* — La première correspondrait à l'ancienne *teigne achr*
au *porrigo decalvans* de Bateman, et au *vitiligo* du cuir chevelu et de
de Cazenave. C'est seulement dans cette variété que l'on observerait
les altérations des cheveux rappelées plus haut. — La forme dite
(ancienne *teigne décalvante*) aurait une marche beaucoup plus rapide
chute des poils aurait lieu avant toute altération appréciable de leurs
tères physiques, les surfaces dépouillées conservant la couleur normale
peau.

Les affections qui peuvent être confondues avec la pelade sont, suivant

go, les autres espèces de *teignes*, l'*alopécie* des maladies graves et *ie sénile* (qui se font néanmoins indifféremment dans toutes les parties chevelu), et l'*alopécie* de l'*acné sébacée*, reconnaissable à la coïncidence uit huileux de la tête.

ıgne pelade, même lorsqu'elle est généralisée sur tout le corps, ne pré- gravité que relativement au système pileux.

[PÉRATURE. — *Voy.* THERMOMÉTRIE.

ESME. — Le *ténesme anal*, qui consiste en un sentiment douloureux riction ou d'épreinte, de tension de l'anus, et en des envies continuelles à la selle, se rencontre comme signe important dans la *dysenterie*, dans *ymon iliaque*, les *hémorrhoïdes*, avec les *oxyures*, les *ulcérations* du et dans toutes les irritations de l'anus et du rectum. — Le *ténesme* résulte également de toutes les irritations de la prostate et de la vessie, de celles qu'y détermine la présence du pus ou des calculs. Il est uni à ie dans la *colique néphrétique* et quelquefois dans la *colique saturnine*.

[IA. — *Voy.* ENTOZOAIRES.

TICULES. — Ces organes sont le siége de phénomènes ou de maladies attachent à des affections internes. Je les ai rappelés à propos de l'OR- de la *colique néphrétique* (rétraction douloureuse du testicule), de la s (*sarcocèle syphilitique*), de la *tuberculisation* (*testicule tubercu-* et enfin des *empoisonnements par les septiques* (*atrophie testicu-* A l'arrêt des testicules dans leur migration (*cryptorchidie*) se rattache ude à procréer, ainsi que l'a démontré Godard.

'ANIE. — *Voy.* CONTRACTURES, p. 233.

'ANOS. — Le tétanos, rangé parmi les névroses, et parmi les fièvres euses essentielles par Coural, de Montpellier (*Montpellier méd.*, 1864), ıpagne, quelquefois au moins, de lésions microscopiques de la moelle, été signalées par L. Clarke (*Lancet*, 1864). Il a trouvé la substance ès-congestionnée, les vaisseaux dilatés et entourés d'une exsudation use ayant détruit la substance nerveuse elle-même. Ces lésions sont-elles es ou secondaires? C'est ce que de nouvelles recherches pourront

'léments du diagnostic. — Cette affection convulsive, connue dès la ute antiquité, est caractérisée par des contractions toniques, prolongées, douloureuses, d'un plus ou moins grand nombre de muscles du corps, ıairement sans trouble intellectuel concomitant. Le tétanos débute ordi- ent d'une manière brusque, par une *sensation de raideur* dans le *cou* iveau des *muscles des mâchoires;* souvent il y a *constriction épigas-* et tension le long de la *colonne vertébrale;* la *déglutition* devient diffi- entôt la contraction involontaire envahit le *tronc*, puis les *membres*. s symptômes présentent des différences assez notables suivant que le est général ou partiel.

ıd le tétanos est général, tous les mouvements des membres et la plupart du tronc sont suspendus : l'immobilité est complète, et la *raideur le* permettrait d'enlever le malade tout d'une pièce. Les *mâchoires* sont nt rapprochées, les dents et les lèvres serrées, et parfois la *langue*, proje- des arcades dentaires peut être déchirée ou coupée par les dents; rare- es muscles inspirateurs sont complétement convulsés et immobiles. Les s contractés le sont d'une manière *permanente* et plus ou moins *dou-se;* mais par moments il survient des *contractions plus fortes*, des *es convulsives* avec augmentation très-notable de la douleur. Les rémis-



le fait d'une affection concomitante. La sensibilité cutanée ment exaltée, qu'il suffit d'un simple contact pour déterm subite de raideur générale.

Le tétanos dit partiel présente différentes formes : l *maxillaire*, résultant de la contraction et de la rigidité d de la mâchoire inférieure; le *tétanos facial*, dans lequ pagne de convulsions toniques de la face et des yeux, effrayant de la physionomie; l'*opisthotonos*, produisant moins considérable du tronc en arrière; l'*emprosthoto* flexion du tronc a lieu en avant, et enfin le *pleurosthot* la plus rare, et dans lequel la flexion est latérale.

Rarement la durée de la maladie, qui peut n'être que d dépasse dix à douze jours.

2° *Inductions diagnostiques.* — Reconnaître le té ficile : son début presque constant par le trismus, le tonique des convulsions, avec leurs exacerbations do presque générale des muscles volontaires, et, lorsque l'af la coïncidence constante du trismus, mettent hors de d maladie. Mais cette constatation faite, la question la pl déterminer l'origine du tétanos, ou du moins s'il est idi matique.

Le tétanos symptomatique par excellence est le *tétar* fréquence doit toujours faire rechercher avec soin si une laquelle le malade attacherait peu d'importance n'a pas dents tétaniques observés. — En l'absence d'une caus tétanos peut dépendre d'une affection aiguë du cerveau leurs enveloppes. Mais ici les convulsions et l'ensemble de tellement de ceux du tétanos, qu'il est difficile de confo

, comme antécédents, devront donc être recherchés avec soin comme ;e importante de diagnostic.

sont des faits de cette espèce que l'on a dénommés *tétanos intermittent* e) et *tétanie* (L. Corvisart).

Pronostic. — La terminaison par la mort est considérée comme moins ente dans le tétanos essentiel que dans le tétanos traumatique; cependant rling prétend le contraire. Sur 246 cas de tétanos traumatique, il n'au-ompté que 10 cas de guérison. Quoi qu'il en soit, quand la mort a lieu, st habituellement due à l'asphyxie résultant de la contracture des muscles ·ateurs. L'embarras croissant de la respiration est donc un signe très-ax. La plupart des malades qui échappent ont d'abondantes sueurs.

;TE. — Je me suis occupé déjà aux articles Crane et Face des princi-signes que présentent isolément ces deux régions de la tête. Considérée son ensemble, la tête prend assez souvent des positions anomales qui nt dépendre de l'existence d'une *douleur rhumatismale*, d'une *contrac-* ou bien de l'*atrophie* ou de la *paralysie* de certains muscles du cou. éviations de la tête dues au rhumatisme ou à des contractures locales tuent le torticolis.

· différents signes que fournit la tête sont perçus par l'inspection, la pal-ı, l'électrisation localisée (muscles). L'auscultation du crâne chez l'enfant ut pas servir, ainsi que l'ont avancé Fisher et Whitney, au diagnostic des ons encéphaliques; c'est ce qui ressort des recherches de Vernois, . et Barthez, et de Roger, qui a fait (*Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XXIV) des recherches très-nombreuses à ce sujet.

point de diagnostic très-important, lorsque l'on soupçonne que la tête est ge de la maladie observée, c'est sa localisation anatomique dans les parois ıne ou à la face, dans les méninges crâniennes ou dans l'encéphale. Dans s de douleur, symptôme commun à beaucoup de ces affections, il faut ırs rechercher s'il n'existe pas une simple névralgie, soit faciale, soit to-frontale. Les foyers douloureux de la région occipitale seront surtout ·chés (*Voy.* p. 672). On n'oubliera pas non plus que des affections intra-ınnes se manifestent quelquefois par des signes extérieurs constatés au ı des paupières, ou de la région mastoïdienne (*Voy.* Abcès, p. 3).

:ERMOMÉTRIE. — L'importance qu'a prise, dans les dernières an-l'étude exacte de la chaleur du corps humain dans les maladies, oblige le ıen à se tenir au courant des connaissances acquises sur ce point. Quoi-ous pensions qu'on ait exagéré outre mesure l'importance de la thermo-: appliquée à la pratique journalière, comme on le fait pour toute chose lle, nous devons reconnaître qu'elle offre une utilité incontestable dans un ı nombre de circonstances, et qu'elle a fourni des résultats scientifiques :eux qui ont élucidé beaucoup de questions, jusqu'ici obscures, de physio-athologique.

attribue à de Haen d'avoir préconisé la valeur des mesures thermométri-lans les maladies. Mais ce n'est que dans la première moitié du siècle en a étudié l'application en France, où cette étude a été inaugurée par at, de Genève (1820), Donné (1835), Gavarret (1839), qui constata l'au-ation de la température au moment du frisson des fièvres intermittentes, ı (1841), par H. Roger (1844), Demarquay (1847), Wurtz. Les recherches é reprises en 1851 en Allemagne par Traube, de Bærensprung, Thierfel-Iais c'est après l'importante communication de Cl. Bernard à l'Académie :iences, en 1852, à propos de l'influence de la section du grand sympa-

détail intéressants sur la température pathologique, dans div
ouvrage ; c'est aussi en puisant à ces différentes sources que
l'ensemble de la *thermométrie clinique*. Mais avant de n
pour les autres moyens physiques, de son *but*, des *moyens*
des *signes* qu'elle fournit, je dois sommairement rappeler les
ques les plus essentiels qui sont relatifs à la production de la

Il est établi aujourd'hui que la température du corps humain
dations lentes consécutives à l'absorption de l'oxygène de l'
température perçue représente la partie libre du calorique
Les *poumons* servent plutôt à faire pénétrer l'oxygène dans
produire directement la chaleur. L'*appareil circulatoire* sert
répartir la température dans les diverses parties du corps, et
nerveux vivant est le régulateur de la chaleur animale, par so
pareil circulatoire. Comme le rappelle G. Sée (*loc. cit.*), quan
athmosphérique est au-dessous de zéro, sous l'influence du
régulateur, il se produit, par l'impression du froid, une excitati
culaires périphériques, et par suite une contraction des vaiss
Le sang arrivant en quantité moindre à la périphérie au conta
se fait moins de déperdition de chaleur qu'à l'état normal, et
mométrique de l'individu reste à 37° 5. A une températu
très-élevée, le corps conserve encore le même degré de chal
de conditions inverses des précédentes. Il se fait alors une é
de chaleur par la sueur, qui entraîne le calorique au deho
vaisseaux sanguins se dilatent; plus de sang arrive à la périp
duit une perte plus grande de chaleur par le contact du sang
Tel est l'admirable mécanisme fonctionnel qui permet à l'hon
ter les climats les plus divers, et dont il faut tenir compte po
dre les phénomènes qui se rattachent à la chaleur morbide.

1° *But*. — La thermométrie clinique a pour objet de fa
exactement que possible, les changements qui surviennent
du corps humain dans le cours des maladies, et de fournir

e irréfléchi suscité par les importantes découvertes de physiologie patho-ıe dues à l'étude de la température, a fait trop bon marché de l'utilité du et de l'application de la main sur la peau (dans les parties couvertes) e moyens de juger l'état fébrile.

›i qu'on pense de cette manière de voir, on ne doit pas à son tour dé-ər l'emploi du moyen le plus exact de constater la température : le ther-tre. Il est, pour l'appréciation de la chaleur normale ou morbide, ce qu'est ntre à secondes pour déterminer la fréquence du pouls. Je ne fais que ıer le thermographe de Marey, comme un autre moyen de constatation ompliqué pour être usuel.

ne décrirai pas les thermomètres qui ont été imaginés comme les plus nables pour la thermométrie clinique. On en a construit de plusieurs es-, à l'esprit-de-vin ou au mercure, tous ayant chaque degré divisé en dix s, et pouvant être gradués seulement de 30 à 50°. Les plus commodes əs thermomètres à maxima. Pour obtenir des résultats plus exacts, la tem-ıre de la peau étant variable, on les a introduits dans les conduits natu-e rectum ou le vagin, pour certaines recherches; mais on ne saurait agir lans la pratique, sans discréditer à tout jamais ce moyen d'exploration. lans l'aisselle qu'on l'applique habituellement, en ayant soin d'essuyer avant l'humidité sudorale qui s'y trouve. Le thermomètre étant placé dans ux axillaire, on le fait maintenir par le rapprochement du bras de la poi- de façon que l'extrémité libre de l'instrument permette la constatation température tandis qu'il est en place. Il est indispensable de l'y laisser nt 10, 15 ou 20 minutes pour obtenir des résultats réguliers.

ne borne à cette simple indication, en rappelant que les changements ob-; se font, soit d'un jour à l'autre dans le cours de la maladie, soit dans les quatre heures du matin au soir, et du soir au matin. Les explorations du , de 8 à 10 heures, et du soir, de 4 à 6 heures, sont les plus usitées, et les ; reconnues utiles à la pratique, sauf dans des cas exceptionnels. Cela res-'innombrables explorations faites par des observateurs allemands, et mul-ːs chaque jour sur les mêmes malades.

qui n'a pas peu contribué à vulgariser les résultats obtenus par ce moyen oration, ce sont non-seulement les chiffres précis qu'il fournit, mais en-əs tracés graphiques qu'on a eu l'ingénieuse idée d'employer pour enre-' ces résultats. Ces tracés montrent clairement toutes les phases de la rature pendant l'évolution de la maladie.

.r agir avec précision, il faut nécessairement tenir compte de l'influence onditions accessoires qui peuvent modifier sensiblement la température. es enfants, la température fébrile ne dépasse pas de beaucoup celle des s et des vieillards (Charcot), mais les oscillations sont plus rapides. Il en même chez la femme par rapport à l'homme. La *digestion* contribue à la température; aussi est-il nécessaire d'agir autant que possible en ; du temps où elle s'effectue. L'*alcool* ingéré au contraire l'abaisse immé-ıent (Ringer et Rikard); il en est de même des *violentes douleurs* que prouver le sujet, et du *traumatisme* qu'il peut présenter, soit acciden-ent, soit par le fait d'une opération. Certains *médicaments* élèvent légè-t la température, mais pendant un temps fort court. Tels sont l'éther, oniaque, l'esprit de camphre, la teinture de belladone, l'acide prussique nal. On pourrait croire que l'exercice musculaire doit augmenter beau-a chaleur perçue à l'aide du thermomètre; mais il paraît que la différence état de repos est peu prononcée. Cela s'explique par ce fait im

démontré par J. Béclard (*De la Contr* *la températ. anim.*, 1861), à savoir, ction de la chaleur animale, il faut te *statique* ou d'*équilibre*, qui dévelop produisant un travail mécanique utile.

3° *Signes.* — Ici se place la questio morbide. On admet généralement, d'ap pérature de l'aisselle, qui est un peu est, chez l'homme sain, de 37° 5 centig 39, 40, 41 et même 42°, comme Andra l'a même vue à 42° 5 chez les enfants. 35° et au-dessous, et même à 22 chez (H. Roger). Je vais résumer les faits les cette élévation ou de cet abaissement conclusions de plusieurs observateurs gnifiantes une valeur imaginaire.

A. — L'*élévation de la températu* tiel et constant de l'état fébrile, et ment dites. G. Sée, avec Wunderlich, maladies fébriles. — 1° Le *premier* termittentes, qui débutent par un f gmentation si rapide de la chaleur qu' 37°,5 à 41 degrés; puis survient une ré

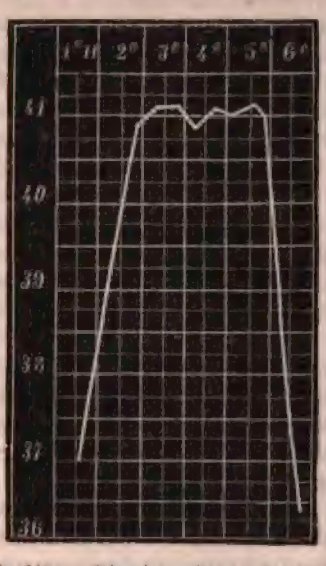


Fig. 263. — Fièvre intermittente. Courbe de la température prise pendant un accès dont la durée est de cinq heures.

mor phé vite des fon tent en les enfi *guë* son tem res heu plu la jour pid *my* *fièv* *sièr* chal très

est la *fièvre typhoïde*, et on en a r et le *rhumatisme articulaire aigu.*

A propos de la plupart de ces mala thermométriques qui les concernent; rellerons seulement que l'emploi

dans plusieurs circonstances utiles à rappeler. — Dans les cas mittente pernicieuse obscure, surtout lorsqu'on assiste à l'in- ès ou même à sa fin, l'ascension ou la décroissance si rapide de fièvres intermittentes fera cesser toute hésitation dans le dia- est extrêmement important en pareils cas. — Au début des *les*, il est souvent difficile de reconnaître la maladie pendant plu- or, l'ascension graduelle de la température, avec rémission du endant plusieurs jours, est constante; il en résulte un tracé avec l'on a dite *en escalier*, c, dans un cas douteux de , on trouve le deuxième ou ur 37°, 5, ou si la tempé- plus élevée, à 38 ou 38°,5 ne varie pas, on peut af- y a pas de fièvre typhoïde. t remarquer aussi qu'on a fièvre typhoïde si l'on remier jour, et si on ne 40° environ le troisième

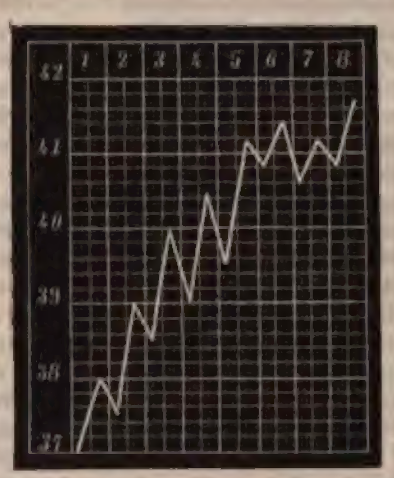
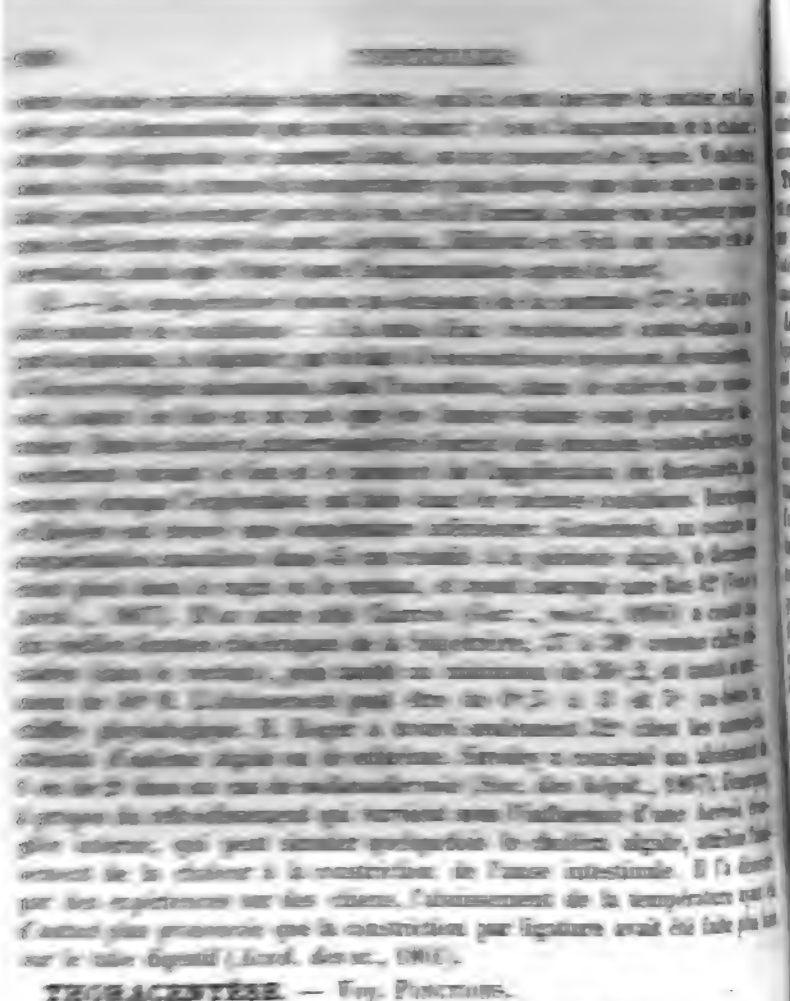


Fig. 264. — Première période de quatre jours de la fièvre typhoïde (G. Sée).

diagnostiques présentent érêt. Il n'en est plus de es qui concernent le dé- éruptives; elles sont moins èvre initiale de la rougeole, le tracé thermométrique à rechercher qu'en l'ab- dromes caractéristiques, dant les premiers jours à la fièvre typhoïde. Quant aux autres es, l'éruption se montre assez rapidement pour tirer le praticien ns qu'il soit nécessaire d'avoir recours au thermomètre.

ervateurs, comme Compton (*Temperat. in acute diseases*, 1866), t assigner des maxima fixes de température aux diverses maladies es ont recherché la température dans des affections où elle ne er en rien au diagnostic, comme dans les différentes formes de le folie (Meyer de Berlin, Berthier), le tétanos, et les autres ma- ives. Cependant on peut distinguer les maladies cérébrales avec le celles qui sont apyrétiques. Lorsqu'il y a des accidents coma- ce est animée, etc., il peut y avoir doute, par exemple sur l'exis- nts cérébro-spinaux aigus ou d'accidents d'intoxication saturnine. u Jaccoud dans un cas, où la température de 37°,5 suffit pour éloi- ne méningite cérébro-spinale (*Clin. méd.*, 1867).

étrie, qui est assez souvent, comme on le voit, une ressource pré- ncher des questions douteuses de diagnostic, permet aussi de se point de vue du pronostic. Dans l'état puerpéral, il faut craindre ion si l'on constate 38 ou 39°, au lieu de la température habi- (Schroder). On n'a jamais trouvé, chez l'homme, suivant Wun- npérature supérieure à 42°,5; aussi pense-t-il qu'une chaleur su- entraîner la mort, et que le pronostic est fâcheux lorsque la st continue à 41°, surtout le matin; Liebermeister est du même t Hirtz a constaté 44° dans un cas de fièvre tierce et bénigne. L'



THORACENTÈSE. — *Voy.* PONCTIONS.

THORACODYNIE. — *Voy.* RHUMATISME MUSCULAIRE.

THYROÏDE (*Corps*). — *Voy.* GOITRE et CACHEXIES.

TICS. — On a compris à la fois sous ce nom les *convulsions idiopathiques de la face* (tic non douloureux), et la *névralgie trifaciale* (tic douloureux), ou du moins les convulsions douloureuses qui la compliquent quelquefois. On devrait, ce me semble, réserver le nom de tics aux contractions brusques plus ou moins répétées qui constituent une sorte d'habitude, et qui sont jusqu'à un certain point soumises à la volonté.

TINTEMENT MÉTALLIQUE. — *Voy.* MÉTALLIQUES (Bruits).

TORTICOLIS. — Cette affection qui consiste dans l'inclinaison latérale plus ou moins continue de la tête, avec immobilité dans sa position vicieuse, est le plus souvent due à un rhumatisme localisé dans les muscles d'un des côtés du cou. Plus rarement elle a pour origine une contracture musculaire ou une affection strumeuse, tuberculeuse, ou rhumatismale (ligaments) des vertèbres cervicales.

Lorsque l'inclinaison latérale de la tête qui résulte du torticolis se prolonge longtemps, elle amène une atrophie relative de la face du côté infléchi, par suite de la compression éprouvée par les artères nourricières de ce côté. Il en résu

...galité des deux côtés de la face sur laquelle Bouvier a particulièrement ...attention (*Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil* ...teur, 1858, p. 85).

...UCHER. — Le toucher, l'une des applications directes de la palpation, ...ployé pour l'exploration des parties profondes accessibles au doigt, telles ...a *bouche*, le *pharynx*, l'*épiglotte* et l'orifice de la *glotte*, le *vagin* et ...us, le *rectum*. Plus rarement le petit doigt est introduit dans les *cavités* ...les par une des narines.

...doigt introduit par la bouche n'arrive pas toujours facilement jusqu'à ...iglotte; cependant cette exploration n'est pas aussi difficile qu'on le pen... autrefois. — Le *toucher vaginal* est le plus fréquemment utile comme ...oyen de diagnostic. Il faut avoir soin, pour le pratiquer, d'enduire préala...ement de cérat ou d'huile le doigt indicateur, que l'on présente ensuite, par ...on bord radial, à la partie postérieure de la vulve pour le porter ensuite immédiatement vers la partie postérieure de la fente vulvaire. Il faut avoir soin d'éviter autant que possible le contact de l'anus ou du clitoris, et de tenir étendus le pouce et les autres doigts libres de la main qui explore, en arc-boutant le pouce sur les côtés du clitoris. — Quant au *toucher rectal*, il est quelquefois indispensable chez l'homme. Chez la femme, il n'est qu'un moyen d'exploration complémentaire du toucher vaginal, pour constater le volume du corps de l'utérus. Cependant il est seul utile s'il y a un obstacle organique à l'introduction du doigt par le vagin.

TOUR DE REINS. — Cette affection est de nature encore inconnue, bien qu'elle ait été attribuée à une rupture de fibres musculaires ou tendineuses, rupture qui n'a pas été démontrée.

Le tour de reins, appelé aussi *lombago aigu*, est facile à diagnostiquer à la *douleur subite* et très-vive qui survient au niveau des lombes *au moment d'un effort* plus ou moins violent, qui nécessite la contraction des muscles de la partie postérieure du tronc. Cette douleur, réveillée ensuite par les mouvements, oblige le patient à rester couché sur le dos; elle est beaucoup moins forte à la pression. Elle est sans gravité; sa durée n'est que de peu de jours.

Le tour de reins est d'autant plus mal dénommé que l'on voit survenir des douleurs analogues dans d'autres muscles, à l'épaule, au niveau des membres, et également pendant des contractions plus ou moins violentes.

TOUX. — Ce symptôme fonctionnel, en raison de sa très-grande fréquence et des conditions très-diverses dans lesquelles il se montre, a des caractères variés. La toux offre une sonorité ou une intensité variables; elle survient par secousses isolées ou par quintes plus ou moins violentes; elle est rare ou souvent répétée, sèche ou suivie d'expectoration; et ces caractères servent assez souvent à déterminer sa condition pathologique, question capitale du diagnostic.

Le point de départ de la toux doit être cherché dans une des nombreuses affections des voies respiratoires, dans des maladies d'autres organes plus ou moins éloignés, et enfin dans une affection générale aiguë ou chronique. Il ne me paraît pas nécessaire d'énumérer toutes ces conditions pathologiques de la toux, attendu que, dans le plus grand nombre des cas, elle coïncide avec d'autres symptômes qui en établissent la valeur, comme cela arrive dans la plupart des affections des organes respiratoires. Cependant parmi ces affections, il en est dans lesquelles la toux a des caractères spéciaux. Elle est sèche, déchirée, éteinte, dans l'*œdème de la glotte;* rauque et éclatante dans le *pseudo-croup; éteinte* ou nulle dans le vrai *croup* (Trousseau, *Clinique médicale*, t. I); elle survient par accès spasmodiques caractéristiques dans la *coqueluche*.

Mais les doutes sur la signification de la toux se présentent surtout lorsqu'elle existe en l'absence de signes physiques du côté de la poitrine, et comme un phénomène morbide isolé en apparence.

C'est principalement la toux sèche qui, en pareil cas, peut paraître difficilement explicable. On la rencontre au début de certaines phthisies pulmonaires, d'autant plus insidieuse qu'elle est alors insignifiante, et qu'il est nécessaire qu'il s'y joigne d'autres signes, comme une hémoptysie, de l'amaigrissement, une diarrhée chronique, ou des signes physiques sous-claviculaires, pour acquérir toute sa valeur. En l'absence de ces signes, une toux sèche peut dépendre d'une simple *anémie*, de la présence d'*entozoaires* dans l'intestin, ou d'une simple névrose, de la *chorée*, de l'*hystérie*, par exemple. On peut prendre pour une toux d'origine nerveuse une toux sèche, extrêmement pénible par sa continuité, et due à une tout autre cause. C'est ainsi que j'ai eu à traiter une demoiselle, habituellement très-bien portante, qui avait été prise d'une toux sèche incessante, la nuit comme le jour, avec intégrité parfaite du bruit respiratoire dans les deux poumons, absence de fièvre, et chez laquelle il existait, au bord de la glotte, une petite pustule visible avec le laryngoscope, et qui disparut complétement en quelques jours, à la suite de gargarismes émollients. Le laryngoscope rendra des services semblables toutes les fois que la toux sera provoquée par une lésion laryngienne accessible à ce moyen d'exploration.

La toux hystérique, très-bien décrite par Lasègue (*Actes de la Soc. des hôp.*, 3e fasc., 1855), n'a pas été observée chez des femmes âgées de plus de vingt-cinq ans. Elle est tantôt fréquemment répétée et presque continue, tantôt régulière dans son retour par accès. Elle affecte un certain rhythme monotone, et rarement elle prend un timbre particulier dès le début, ressemblant à un cri d'oiseau, stridente, rude, rauque, bizarre.

La toux, au moment de l'auscultation de la poitrine, rend plus nets ou même révèle l'existence des râles humides. Quelquefois elle a des conséquences graves. Une toux violente et longtemps répétée chez une femme grosse peut amener l'*avortement*, sans que cependant le résultat soit constant en pareil cas. On a vu aussi, mais exceptionnellement, des *fractures de côtes* se produire pendant la toux, et un *emphysème sous-cutané généralisé* résulter de la rupture d'une caverne pulmonaire (Cruveilhier, *Gaz. hebdom.*, 1856).

TRACHÉE, TRACHÉITE. — La trachée-artère, qui fait suite au larynx, subit des déplacements par la pression des tumeurs avoisinantes; mais ces déplacements ne sont nuisibles qu'autant qu'il s'y joint un degré de compression suffisant pour diminuer le calibre du conduit aérien et, par suite, amener des troubles respiratoires.

L'inflammation simple de la muqueuse de la trachée (*trachéite*) et la DIPHTHÉRIE localisée dans cet organe, sont les seules des affections de ce conduit dont le siége puisse être déterminé. — La *trachéite* se reconnaît principalement à une *douleur* au niveau de la partie supérieure du sternum, à une *toux* s'accompagnant d'une *sensation de déchirement* dans le même point, et à l'absence de signes anomaux du côté du larynx ou des bronches. — La *diphthérie* localisée dans la trachée est seulement caractérisée par l'expectoration de lambeaux ou de cylindres pseudo-membraneux manifestement moulés sur les parois de la trachée. — Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de préciser le siége de l'*hémorrhagie* qui se fait dans la trachée et encore moins celui des *ulcérations* et des *rétrécissements* qui en sont la suite. Néanmoins on conçoit qu'en l'absence de signes du côté du larynx et dans le cas de compression de la trachée par une tumeur, la faiblesse du bruit respira-

oire des deux côtés de la poitrine puisse faire soupçonner que ce conduit est e siége de la compression, qui pourrait cependant aussi s'exercer sur les deux ronches principales.

L'*auscultation*, à l'aide du stéthoscope, appliqué immédiatement au-dessus lu sternum, est le seul procédé d'exploration de la trachée ; et encore les signes qu'on y perçoit sont-ils confondus avec ceux qu'on obtient au niveau du larynx par le même moyen.

TRACHÉOTOMIE. — Cette opération confirme ou infirme l'existence du croup ou d'un obstacle laryngien d'une autre nature, qui aurait fait admettre la nécessité de l'opération. G. Sée a signalé à la Société des hôpitaux des éruptions qu'il attribue à l'influence de cette opération, et qui apparaîtraient quelquefois dans le voisinage de la plaie ; d'autres observateurs les ont considérées comme dues à une cause générale.

TRANSFORMATION GRAISSEUSE. — C'est à tort, selon nous, que l'on désigne souvent la transformation graisseuse par le mot *stéatose*, qui nous semble avoir un sens beaucoup plus général (*Voy.* STÉATOSE). Cette transformation, appelée aussi *dégénérescence* ou *métamorphose graisseuse* des tissus, a depuis longtemps attiré l'attention des pathologistes. Cette substitution graduelle des globules adipeux aux éléments propres des organes constituait pour Barlow (*On fatty Degeneration*) une des formes de l'atrophie, la graisse occupant la dernière place parmi les principes élémentaires des tissus organiques, et se substituant à des tissus d'un degré plus élevé quand ceux-ci, par une cause quelconque, ne peuvent plus se former. Virchow a approfondi cette intéressante question dans un travail remarquable (*Pathologie cellulaire*), où l'évolution et la pathogénie de la dégénérescence graisseuse ont été étudiées à des points de vue entièrement nouveaux, en montrant que partout où la nutrition est altérée, il s'effectue une dégénérescence graisseuse, qu'il qualifie du mot singulier de *nécrobiose*, inventé par H. Schultz.

Pour envisager la question au point de vue pratique, je m'occuperai tout à l'heure des organes où la transformation graisseuse constitue un état pathologique qui se manifeste par des symptômes capables de la révéler pendant la vie. Le foie, les reins, les muscles, en y comprenant le cœur, sont les principaux de ces organes ; mais il faut y joindre les vaisseaux, les os, et les produits morbides (*Voy.* Blachez, *Thèse d'agrég. sur la stéatose*, 1866). Dans ces différents organes, la lésion est la même partout ; seulement dans certains organes, le foie par exemple, il est impossible souvent de distinguer la dégénérescence graisseuse de la simple surcharge graisseuse interstitielle, à moins qu'on ne connaisse la cause de la transformation. Les causes méritent une mention.

D'une manière générale, on peut dire que toutes les influences actives ou passives qui altèrent la nutrition, soit localement, soit d'une manière générale, produisent la transformation graisseuse. — Parmi ces influences qui agissent d'une manière générale, outre les maladies cachectiques, le cancer, la tuberculose, les anémies, les longues suppurations, il faut placer en première ligne le *phosphore*, dont l'action est si rapide que Tardieu a vu la dégénérescence effectuée dans le cœur, le foie, les reins, les muscles et les glandes de l'estomac, dans des empoisonnements qui n'avaient duré que quarante-huit heures (Tardieu, *Étude médico-légale sur l'empoisonnement*, Paris, 1867, p. 439). Ces effets du phosphore ont été l'objet, depuis 1862, de nombreux travaux auxquels se rattachent les noms de Lancereaux, d'Heilly, Fritz, Ranvier et Verliac, Tungel de Hambourg, Mannkopff, Tardieu, etc. — L'*arsenic*, l'*antimoine*, les *acides* (empoisonnement par l'acide sulfurique), et surtout l'*alcool* sont encore des causes dont l'influence est incontestable. — On considère comme

agissant de même le *chloroforme* et l'éther. — Enfin on a encore admis comme des causes générales de transformation graisseuse : les fièvres *typhoïde*, *puerpérale*, éruptives, la *pyémie*, et même la *trichinose* (Cohnheim).

Si, après cette rapide énumération des causes, nous passons à la question du diagnostic clinique des transformations graisseuses subies par les différents organes, nous trouvons des faits acquis très-importants à connaître.

1° *Foie*. — Cet organe dont les cellules ont subi la transformation graisseuse peut se présenter à l'observateur pendant la vie dans deux conditions différentes. Ou bien il est augmenté de volume et dépasse plus ou moins le rebord des côtes, au point quelquefois que son bord inférieur atteint le bas-ventre, ou bien il est au contraire diminué de volume, ou atrophié. — Dans les cas d'augmentation de son volume, il conserve sa forme naturelle qui n'est qu'amplifiée; il n'offre aucune inégalité à sa surface à la palpation, et ne s'accompagne d'aucun accident fonctionnel autre que ceux qui peuvent résulter de cette augmentation de volume : c'est le *foie gras* que l'on rencontre si fréquemment dans la tuberculose et dans d'autres maladies cachectiques. — A la *diminution* de volume du foie ayant subi la métamorphose graisseuse, se rattache la question de L'ICTÈRE GRAVE. L'ictère se produit fréquemment dans les cas d'atrophie graisseuse du foie, dans l'alcoolisme par exemple, même en dehors des accidents si menaçants de l'ictère grave. Il paraît être constant dans les empoisonnements graves produits par le phosphore, et l'ensemble des symptômes alors observés a parfois un telle ressemblance avec l'ictère grave, ressemblance signalée par Hérard, qu'on a été jusqu'à considérer les ictères dits graves comme des intoxications phosphorées méconnues (Rokitansky 1863), opinion réfutée par Wunderlich (1863). Sans entrer dans de plus grands détails, nous ferons remarquer que le foie est l'organe le plus fréquemment atteint sous l'influence des causes générales que nous avons énumérées. Quant à l'étendue de la lésion du foie, elle peut envahir l'organe tout entier, ce qui n'arrive pour aucun autre, ou bien la transformation graisseuse n'a lieu que par places.

2° *Reins*. — La transformation graisseuse des reins, qui n'est jamais complète dans tout l'organe, comme on le voit pour le foie, est une conséquence des progrès de la *maladie de Bright*. Suivant Cornil, toute espèce d'ictère pourrait déterminer la dégénérescence du rein, mais sans s'accompagner d'albuminurie. Il en est de même des dégénérescences dues à d'autres causes. On sait que Vulpian a signalé cette lésion dans les capsules surrénales dans la maladie d'Addison.

3° *Muscles, cœur*. — De même que pour le foie et pour le rein, la métamorphose graisseuse des muscles est une des principales lésions d'une maladie particulière, de l'*atrophie musculaire progressive* (*Voy*. ces mots). Au point de vue anatomique, en effet, cette dégénérescence constitue un lien commun entre certains ictères graves, la maladie de Bright et l'atrophie musculaire. Mais il a été question de ces maladies dans des articles particuliers, et je n'ai à m'arrêter ici qu'à la transformation graisseuse du cœur, affection grave qui a, depuis un assez long temps déja, attiré l'attention des observateurs.

Il faut d'abord distinguer la *surcharge* graisseuse du cœur de sa dégénérescence proprement dite, quoique l'on ait attribué les mêmes signes à ces deux états du cœur. Les figures 265 et 266 (Virchow) en montrent les différences anatomiques. La surcharge graisseuse, en dehors de l'obésité générale, s'observerait plus particulièrement chez les buveurs, suivant Lancereaux. La véritable transformation est la conséquence fréquente de la *péricardite*, des *affections de*

r (hypertrophie, lésions valvulaires, diminution du calibre des artères coro-
es), et de l'action des causes générales que j'ai rappelées précédemment.
lwin Canton a in-
é, comme signe
le extérieur de la
nérescence grais-
e du cœur, l'infil-
on graisseuse de
riphérie de la cor-
transparente qui
itue l'ARC SÉNILE.
n lui, ce signe
ait faire redouter
ne imminents des
ents graves du
du cœur par suite
la concomitance
e dégénérescence
aque semblable.
craintes sont au

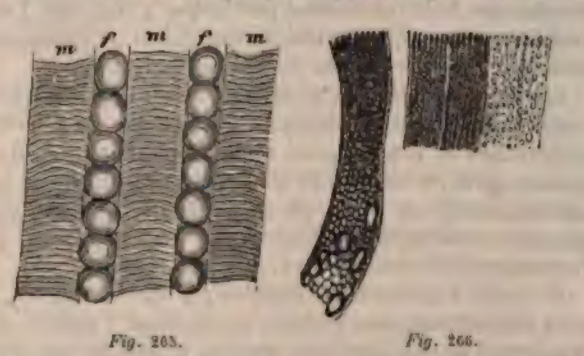


Fig. 265. *Fig.* 266.

Fig. 265. — Prolifération graisseuse interstitielle (engraissement) des muscles; *f,f*, série de cellules graisseuses interstitielles; *m,m,m* fascicules primitifs des muscles. — Grossissement : 300 diamètres.

Fig. 266. — Métamorphose graisseuse des muscles du cœur dans ses divers stades. — Grossissement : 300 diamètres (Virchow, Pathologie cellulaire).

s exagérées, car, si l'arc sénile dénote une prédisposition à la stéatose, il émontré, par les recherches de Haskins, que la coïncidence des deux lésions aire et cardiaque est loin d'être constante. Samuel Wilks ne l'a pas trouvée les sujets jeunes; il ne l'a rencontrée que chez les vieillards, ce qui die beaucoup la valeur séméiologique de la coïncidence en question.

ette transformation du cœur, suivant Quain (*Lond. med.-chir. Trans.*, 1850), e souvent inaperçue pendant la vie, parce que l'on ne s'attache pas à en ercher les manifestations. Il insiste sur la *douleur* à la région du cœur, égularité, la *faiblesse* et la *lenteur* de ses battements et de ceux du pouls, la *dyspnée*, les *syncopes*, la *faiblesse générale*, le *coma*; et ces signes unteraient aussi pour lui une grande valeur à l'existence simultanée de sénile. La *mort subite* serait une conséquence assez fréquente de l'état sseux du cœur, comme l'avait déjà signalé Aran. Or, les faits de Quain ontrent que la mort subite a eu lieu 68 fois sur 83 cas d'altération graise du cœur (infiltration ou transformation), et que le plus souvent cette inaison funeste a lieu par *syncope* ou par la *rupture* du cœur. Suivant chow, la dégénérescence graisseuse du cœur pourrait être aiguë et coner une complication extrêmement grave de la *péricardite*. La transformaserait alors due à la propagation de l'inflammation aux fibres musculaires. les deux cas observés par lui, la marche de cette complication a été rapide; une fois la mort a été subite, et dans l'autre, elle a été précédée iblesse du pouls avec des intermittences (*Arch. f. patholog. Anat.*, 1858). eureusement pour le diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur, reconnu que la plupart des signes physiques étaient très-incertains. Il par l'auscultation du cœur, faire la part des lésions valvulaires lorsqu'elles ent; or, l'on n'est seulement pas d'accord sur la question de leur fréquence e leur rareté dans la dégénérescence graisseuse du cœur.

okes, dans son excellent *Traité des maladies du cœur*, tout en reconant que la transformation graisseuse de cet organe peut exister sans aulésion de valvules, pense que souvent ces lésions existent; et il donne ne signes de l'état graisseux la faiblesse de l'impulsion cardiaque, le pouls

peut s'étendre au bras gauche, en simulant l'*angine de poi*
S'agirait-il ici des faits dans lesquels la dégénérescence grais
due au rétrécissement des artères coronaires, lésion que d'a
Lancereaux, de nos jours (*Voy.* p. 78), ont considérée comm
gine de poitrine? Je ne puis que poser la question, sans en
dans les travaux publiés. Quoi qu'il en soit, il est généralem
deux maladies peuvent se terminer par la mort subite, et qu
rescence graisseuse avancée du cœur, cette mort peut être d
déchirure de l'organe. Un médecin anglais, Callender, pen
mort est subite ou rapide, elle n'est pas toujours due à l'ar
aussi à la gêne respiratoire produite par l'inaction du diap
du diaphragme dépendrait de la dégénérescence graisseuse
accompagnerait toujours, selon lui, la dégénérescence du cœu

4° *Vaisseaux.* — On a longtemps confondu la dégénér
avec les athéromes des vaisseaux, et c'est à Virchow que l'on
distingu
Les figu
croscop
donné l
tes à ce
Cette lé
un fait
importa
les peti
elle peu
dis qu
vaisseau
combin
Cette dé



Fig. 267. — Dégénérescence graisseuse des artères cérébrales. — A, Métamorphose graisseuse des cellules musculaires de la membrane moyenne. — B, Formation de cellules à granules graisseux dans les corpuscules conjonctifs de la membrane interne. — Grossissemennt : 300 diamètres. (Virchow, Pathologie cellulaire).

ons en finissant que tous les produits morbides, comme tous les tissus ıux, peuvent subir la métamorphose graisseuse. Selon Virchow, elle serait s un moyen de guérison, par exemple pour le pus, cette métamorphose ermettant de se résorber; et de même pour les caillots intra-vasculaires, : fondent par l'entremise de cette métamorphose; elle les ramollit et les rége. Ils subissent, comme le pus, ce que Virchow appelle la *régression seuse.*

ANSPOSITION (DES ORGANES). — La transposition des organes est ndition anatomique, heureusement très-rare, qui est une cause d'erreurs gnostic anatomique, principalement pour les maladies de certains organes rs (cœur, foie, rate, estomac). La déviation du cœur à droite par une ır ou un épanchement pleurétique gauche est trop bien connue pour être ndue avec une transposition des organes. Cependant il peut arriver que déviation persiste après la résorption de l'épanchement, ainsi que j'en ai vu emple. Legroux a rapporté un fait de tumeur cancéreuse du pylore occu- a gauche de l'épigastre dans un cas de transposition (*Soc. des hôpi-* ı.

EMBLEMENT. — Les contractions musculaires par saccades qui con- nt les tremblements sont symptomatiques ou idiopathiques.

ne suffit, relativement aux tremblements symptomatiques, de rappeler les ons dans lesquelles ils se produisent. Ce sont : l'*intoxication alcoolique* OLISME), l'*intoxication mercurielle* (*Voy.* p. 577), les empoisonnements s *névrosthéniques*, les *névralgies* intenses et notamment la *névralgie ale*, la *chorée*, le *béribéri* de l'Inde, parfois des *entozoaires* des voies ives, et enfin la *paralysie générale des aliénés*, qui s'annonce d'abord par emblements (Lasègue).

remblement idiopathique est remarquable par la régularité des saccades itent les muscles, principalement ceux de la tête et des membres supé- C'est une affection habituellement héréditaire, due quelquefois à des ns morales vives ou prolongées, ou à des causes d'épuisement. Le trem- nt peut aussi résulter des progrès de l'âge (*tremblement sénile*). Enfin le ement peut être le principal symptôme de la *paralysie agitante*, dont il question à la page 733.

ICHINES, TRICHINOSE. — La trichine (*trichina spiralis*) était e depuis Owen (1835), comme un entozoaire nématoïde trouvé dans les es, et on ne lui attribuait aucun symptôme particulier, lorsque, en 1860, er (de Dresde) signala des accidents graves, rhumatismaux et typhoïdes, ttribua à la présence des trichines, chez une femme morte à l'hôpital, et pour la première fois, remonter à la cause de leur présence chez ne, c'est-à-dire à l'ingestion de jambons et saucisses faits avec un porc nant des trichines. Plusieurs personnes qui avaient mangé de la même furent atteintes d'accidents analogues, mais sans y succomber. Comment ait la pénétration des trichines dans les muscles? C'est une question que w résolut bientôt après par ses expériences sur des lapins. La trichine, nant dans l'intestin, s'y développe ; les œufs des femelles fécondés pro- t de jeunes entozoaires vivants qui, sous forme de petits vers invisibles à u, émigrent à travers l'intestin, et pénètrent jusque dans la profondeur de part des muscles rouges, où ils existent en nombre incalculable, ainsi que les séreuses ; jamais on ne les a trouvés ni dans le tissu du cœur, ni dans ies circulatoires. Virchow insista sur la gravité des accidents produits par ichines ingérées avec la viande de porc qui en contient (*Acad. des sc.*,

nvahis, qui peuvent avoir leur volume normal, ou acquérir une augmentation lume et d'élasticité plus ou moins considérable. Un *œdème* qui se montre rd à la face et aux paupières, des *mouvements très-douloureux et très-iles*, arrachant parfois des cris et des gémissements; la *raucité* de la voix, la ulté de la *mastication* ou de la *déglutition*, la *dyspnée*, par suite de l'at- des muscles qui président à ces actes fonctionnels : tels sont les princi- phénomènes observés. Ils peuvent acquérir une gravité telle que le malade immobile, les *membres contracturés* et fléchis à demi, dans la crainte de uleur provoquée par le moindre mouvement. Ces contractions spasmodi- jointes à l'augmentation de volume des muscles, produisent une gêne de la ation, et par suite l'*œdème* qui se montre d'abord *à la face et aux pau-*s, œdème qui peut s'étendre au reste du corps dans les cas plus graves. A ces ents vient s'ajouter une *fièvre* plus ou moins vive, à forme typhoïde, avec accéléré et élévation de la température, *sueurs profuses*, *anorexie*, *sse*, *amaigrissement*, et souvent *diarrhée rebelle*.

mort peut survenir après cinq ou six jours de ce second stade, par con- tion rapide, mais le plus souvent elle arrive entre la troisième et la qua- e semaine. Quand il y a guérison, la seconde période a une durée de une à six nes. La convalescence est longue dans les cas graves ; les cheveux tom- souvent les ongles se détachent, quelquefois aussi de grands lambeaux erme se séparent aux extrémités inférieures (Friedreich, Scontetten).

nductions diagnostiques. — Il est aisé de comprendre que la trichinose nné lieu à de nombreuses erreurs de ostic, qui pourront se répéter encore les fois qu'un fait isolé se présentera proviste à l'observateur. Les faits de nose sont à peu près inconnus en e, en effet, et les symptômes caracté- es non-seulement ne se montrent pas rs au complet, mais encore peuvent poser pour d'autres maladies, comme le verrons tout à l'heure. L'évolution marche si variable de la maladie n'est nent faite pour favoriser le diagnostic. a que la connaissance de la *cause* es- lle de l'affection, l'ingestion de viande rc crue ou fumée et infectée de tri- s, qui peut faire soupçonner la vérité. a constatation des trichines, soit dans ent restant, soit dans les muscles du e lui même, dont on peut obtenir un ent avec l'emporte-pièce histologique chenne (*Voy.* p. 742), lève seule tous utes et permet d'affirmer le diagnos- examen au microscope des fragments as a fait constater des trichines à la omme des vers filiformes très-petits, e leur longueur, de $0^{mm}08$ à $0^{mm}12$ à aissance, n'atteint dans les muscles à 6 dixièmes de millimètres. Mais le plus souvent ce sont les kystes dans els ils sont enroulés que l'on découvre à l'aide de l'instrument, *fig.* 268. Ces



Fig. 268. — Trichines. 1, portion de muscle (cubital antérieur) couverte de kystes de trichines, plusieurs de ces kystes ont été dessinés trop grands; 2, kyste isolé; 3, kyste grossi 20 fois, contenant une matière calcaire; 4, kyste contenant deux vers; 5, trichine vue à un grossissement de 200 diamètres; *a*, extrémité céphalique, d'après Owen; *b*, extrémité caudale.



cette cuisson, portée habituellement beaucoup plus l
explique l'immunité dont il a joui jusqu'à présent.

G. Colin a complété récemment, à l'aide de nombreus
mentales, l'histoire encore obscure du développement de
elles présentent anatomiquement et physiologiquement troi
ou celle de la vie enkystée; 2° celle de la vie intestinale
3° la migration des embryons. Le kyste s'organise dans
l'embryon par le dépôt d'une matière granuleuse. Ce kyste
digestif de l'homme, par ingestion des aliments qui le co
par les liquides de l'estomac, et la trichine, mise en libert
un si rapide accroissement, que la ponte a lieu après six jo
que l'appareil génital se développe, que les œufs remplisse
ducte, et que les embryons apparaissent et se mettent en m
nombre si considérable que l'on peut en trouver jusqu'à 40
seule goutte de matière intestinale, tandis que d'autres so
tube digestif en traversant ses parois, pour aller s'installer

Ces détails préliminaires sont indispensables à connaît
gnostique de la maladie des trichines ou *trichinose*, dé
ment adoptée en France. Van den Corput, de Bruxelles, et
deux intéressants mémoires sur ce sujet. Ce qu'il y a de s
trichine ne se développe chez aucun autre animal que le
servent à l'alimentation. Cet entozoaire se rencontre aus
souris, les chats, et il peut se développer chez les lapins.
ont fait à cet égard des recherches nombreuses qui paraiss

1° *Éléments du diagnostic.* — Avec Vogel, qui a don
description de la maladie, on peut admettre qu'elle présen
Dans la première, qui comprend les premiers jours qui
n'existe *aucun symptôme*, ou tout au plus quelques *légers*
rarement de la *diarrhée*, et ce n'est que dans cette dernièr
peut espérer trouver quelques trichines dans les garderobes

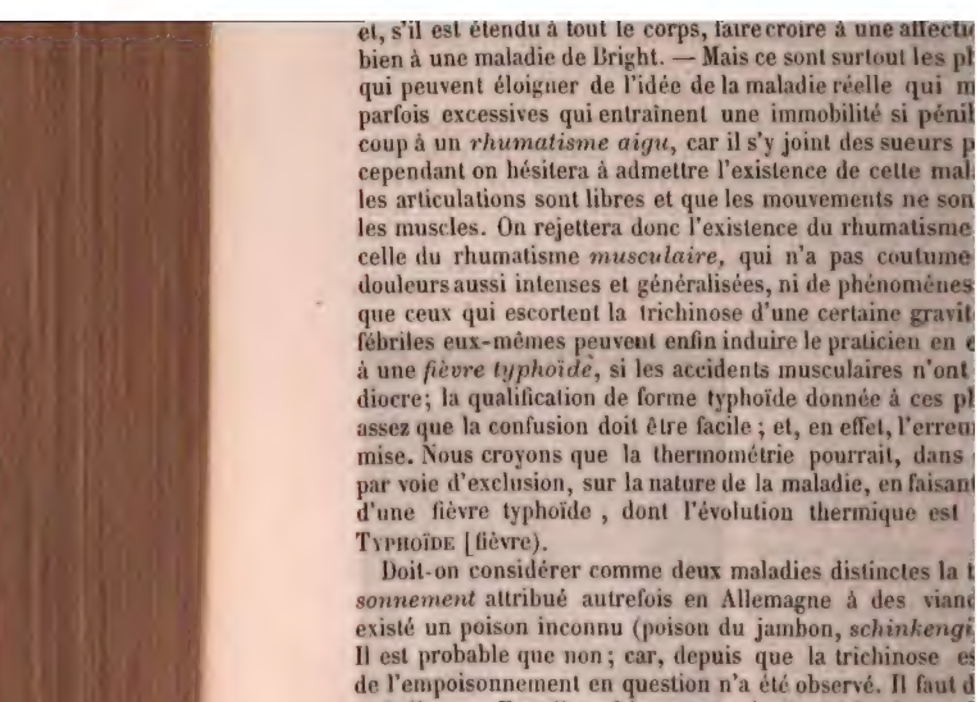
nvahis, qui peuvent avoir leur volume normal, ou acquérir une augmentation lume et d'élasticité plus ou moins considérable. Un *œdème* qui se montre rd à la face et aux paupières, des *mouvements très-douloureux et très-iles*, arrachant parfois des cris et des gémissements ; la *raucité* de la voix, la ulté de la *mastication* ou de la *déglutition*, la *dyspnée*, par suite de l'at- des muscles qui président à ces actes fonctionnels : tels sont les princi- phénomènes observés. Ils peuvent acquérir une gravité telle que le malade immobile, les *membres contracturés* et fléchis à demi, dans la crainte de uleur provoquée par le moindre mouvement. Ces contractions spasmodi- jointes à l'augmentation de volume des muscles, produisent une gêne de la ation, et par suite l'*œdème* qui se montre d'abord *à la face et aux pau-s*, œdème qui peut s'étendre au reste du corps dans les cas plus graves. A ces ents vient s'ajouter une *fièvre* plus ou moins vive, à forme typhoïde, avec accéléré et élévation de la température, *sueurs profuses*, *anorexie*, *sse*, *amaigrissement*, et souvent *diarrhée rebelle*.

mort peut survenir après cinq ou six jours de ce second stade, par con- ion rapide, mais le plus souvent elle arrive entre la troisième et la qua- semaine. Quand il y a guérison, la seconde période a une durée de une à six nes. La convalescence est longue dans les cas graves ; les cheveux tom- souvent les ongles se détachent, quelquefois aussi de grands lambeaux erme se séparent aux extrémités inférieures (Friedreich, Scontetten).

nductions diagnostiques. — Il est aisé de comprendre que la trichinose nné lieu à de nombreuses erreurs de stic, qui pourront se répéter encore les fois qu'un fait isolé se présentera proviste à l'observateur. Les faits de nose sont à peu près inconnus en e, en effet, et les symptômes caracté- nes non-seulement ne se montrent pas rs au complet, mais encore peuvent poser pour d'autres maladies, comme le verrons tout à l'heure. L'évolution marche si variable de la maladie n'est nent faite pour favoriser le diagnostic. a que la connaissance de la *cause* es- lle de l'affection, l'ingestion de viande c crue ou fumée et infectée de tri-, qui peut faire soupçonner la vérité. a constatation des trichines, soit dans ent restant, soit dans les muscles du e lui même, dont on peut obtenir un ent avec l'emporte-pièce histologique chenne (*Voy.* p. 742), lève seule tous utes et permet d'affirmer le diagnos- examen au microscope des fragments s a fait constater des trichines à la omme des vers filiformes très-petits, e leur longueur, de 0mm08 à 0mm 12 à naissance, n'atteint dans les muscles à 6 dixièmes de millimètres. Mais le plus souvent ce sont les kystes dans ls ils sont enroulés que l'on découvre à l'aide de l'instrument, *fig.* 268. Ces



Fig. 264. — Trichines. 1, portion de muscle (cubital antérieur) couverte de kystes de trichines, plusieurs de ces kystes ont été dessinés trop grands ; 2, kyste isolé ; 3, kyste grossi 20 fois, contenant une matière calcaire ; 4, kyste contenant deux vers ; 5, trichine vue à un grossissement de 100 diamètres ; *a*, extrémité céphalique, d'après Owen ; *b*, extrémité caudale.



et, s'il est étendu à tout le corps, faire croire à une affecti
bien à une maladie de Bright. — Mais ce sont surtout les ph
qui peuvent éloigner de l'idée de la maladie réelle qui m
parfois excessives qui entraînent une immobilité si pénib
coup à un *rhumatisme aigu*, car il s'y joint des sueurs p
cependant on hésitera à admettre l'existence de cette mal
les articulations sont libres et que les mouvements ne son
les muscles. On rejettera donc l'existence du rhumatisme
celle du rhumatisme *musculaire*, qui n'a pas coutume
douleurs aussi intenses et généralisées, ni de phénomènes
que ceux qui escortent la trichinose d'une certaine gravit
fébriles eux-mêmes peuvent enfin induire le praticien en e
à une *fièvre typhoïde*, si les accidents musculaires n'ont
diocre; la qualification de forme typhoïde donnée à ces ph
assez que la confusion doit être facile ; et, en effet, l'erreu
mise. Nous croyons que la thermométrie pourrait, dans
par voie d'exclusion, sur la nature de la maladie, en faisant
d'une fièvre typhoïde, dont l'évolution thermique est
TYPHOÏDE [fièvre).

Doit-on considérer comme deux maladies distinctes la t
sonnement attribué autrefois en Allemagne à des viand
existé un poison inconnu (poison du jambon, *schinkengi*
Il est probable que non ; car, depuis que la trichinose es
de l'empoisonnement en question n'a été observé. Il faut d
maladies. — Faut-il en faire autant de l'*acrodynie* et d
que Le Roy de Méricourt est porté à le penser, et ne voir
seule maladie, la trichinose ? Ce savant observateur a d
dire, qu'il existait la plus grande analogie entre les deux
l'acrodynie a présenté des symptômes qu'on ne retrouve
trichinose. La question reste donc encore douteuse.

Toutes ces éventualités d'erreur de diagnostic se présen

uscles de proche en proche. On ne peut croire à leur transport par le sang absorption ; car on ne les y a jamais constatées, malgré les recherches les minutieuses, et Aronssohn n'a pu en trouver dans le corps d'un fœtus illi dans le cadavre d'une femme dont tous les muscles volontaires étaient de trichines vivantes (1860). Le fait est lus probants pour faire rejeter l'infection ng. Quant aux muscles atteints, il est que, si l'on observe les troubles locaux lés tout à l'heure (dysphagie, dyspnée, on devra les rapporter à la présence des nes dans les muscles qui effectuent la dé- ion, qui président aux mouvements res- ires, etc. — Le *degré* de l'infection tri- se résulte de la quantité plus ou moins de trichines arrivées aux muscles, où eut les compter par centaines de mille, ur prolifération est grande. — Quant aux s qu'elles constituent dans les muscles, savoir, pour avoir l'explication des phé- nes observés, que les trichines avalées, nbre d'environ 3,000 dans quelques bou- de viande, dans les cas moyens, peuvent ner un mois dans l'intestin, et chaque donner naissance à 200 petits environ ow), ce qui explique que le moindre ent de muscle en contienne un très- nombre. Arrivés dans les muscles, ils s'y tent au bout de quatre à cinq semaines. a une *forme légère*, une *forme mo-*, et une *forme grave* de la maladie ; tient, non pas seulement au nombre u moins considérable des trichines pénétrantes, mais encore aux lésions s déterminent autour d'elles, et surtout aux changements que les kystes ent. Ils s'incrustent en effet de carbonate de chaux au bout d'un certain ou bien subissent une transformation graisseuse dans laquelle disparaît oaire, comme l'ont montré Bristowe et Rainey en Angleterre, *fig.* 269, 71 et 272.

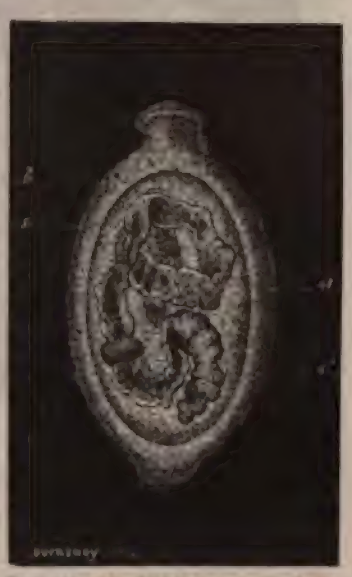


Fig. 269 (d'après Bristowe et Rainey). — *a*, kyste contenant un ver, *c*, très-altéré, qui commence à se briser en fragments. En certains points, le ver est vide et aplati ; en d'autres points, il est rempli de masses terreuses opaques et de granules ; sa partie antérieure, *c*, est gonflée par un dépôt calcaire, *réfractif*.

t ainsi qu'on les trouve dans les muscles des individus qui ont guéri de la ose. Cependant Virchow affirme avoir trouvé des trichines vivantes dans ystes calcifiés depuis longtemps.

ni les *complications*, on a observé des *congestions pulmonaires* avec tysie, des *pneumonies lobulaires*, des *épanchements pleurétiques*, et la *pyémie*. Ces complications ont été habituellement des accidents ul-

Pronostic. — Il résulte de ce qui précède que la trichinose est une ma- grave, mais non pas toujours mortelle. La plus bénigne des épidémies vées en Allemagne, celle de Plauen, compta 3 morts sur 30 cas ; celle de 8 morts sur 38 ; celle de Hettstædt, 27 sur 158 ; celle de Burg, 11 sur 50 ; n la plus grave, à Hedersleben, 80 sur 300 ; en moyenne : 22 environ 100. Douze individus qui furent atteints dans l'île de Rugen, en 1861, gué- , après avoir présenté comme symptômes dominants l'œdème des paupières

ıines *scrofulides* ou *syphilides*. Requin a proposé de dénommer *tu-* cet élément des maladies de la peau, et de réserver la dénomination *ule* aux productions dont la formation dans les organes constitue la ation.

RCULES, TUBERCULISATION. — Il n'est aucune question ogie dans laquelle la lutte que j'ai rappelée entre les études histologi- s études cliniques (*Voy.* MICROSCOPIE, p. 614) se soit montrée aussi que pour la tuberculisation, et notamment la tuberculisation pulmo- tains micrographes qui prétendent faire de l'emploi du microscope oratoire la source de tout progrès en médecine pratique, ont voulu faire des idées cliniques qui étaient généralement admises en France ennec. Que ces idées soient modifiées par les découvertes histologi- bon aloi, le simple bon sens en admet la nécessité; mais de là à à toutes les connaissances acquises sur les tubercules depuis le com- t du siècle, pour les remplacer entièrement par d'autres, il y a loin; état actuel de la science, c'est encore le simple bon sens qui s'oppose ıbstitution radicale. Comment donc faire accorder la clinique avec ? En d'autres termes, qu'est-ce réellement que le tubercule? Quelle volution? Telles sont les questions que je vais rapidement examiner. théoriques sans doute; mais l'opinion que doit s'en faire le praticien e fixée autant que possible, il importe d'exposer rapidement le bilan ce tel qu'il paraît ressortir des nombreuses recherches des dernières e terminerai en rappelant les localisations diverses des tubercules, pour leur étude clinique, principalement à l'article PHTHISIE PUL-

it acquis définitivement à la science et que l'on doit aux recherches es modernes, c'est que le tubercule n'est pas, comme le pensait n produit hétéromorphe composé d'éléments étrangers à ceux de l'or- 'influence de l'opinion de l'illustre anatomo-pathologiste était telle que a et que l'on crut reconnaître d'abord un élément spécial aux tuber- des premières investigations microscopiques (Lebert). Mais bientôt il u que les produits tuberculeux, comme tous les autres produits mor- aient que des proliférations ou des modifications des éléments nor- organisme. On se demanda dès lors s'il fallait admettre comme vrai- culeuses les lésions envisagées comme telles par Laennec, c'est-à-dire tions tuberculeuses, et les tubercules proprement dits, soit dissé- infiltrés.

que les granulations grises demi-transparentes du poumon, signalées furent considérées par Laennec dans les différents organes comme e phase du développement des tubercules. Le microscope sembla ancher la question contre Laennec, en établissant que la granulation tubercule étaient composés d'éléments histologiques différents, et par t que la granulation était un produit tout autre que le tubercule n). Cette interprétation, d'abord acceptée, trouva ensuite de sérieux urs : Luys, H. Bennet, Virchow, Cornil et plusieurs autres. Vulpian qui s'était d'abord rallié à la manière de voir de Ch. Robin, en 1856 *rendus de la Soc. de biologie*), arriva, en 1861, à une conviction ente après des recherches plus approfondies. Dans une note lue à la dicale des hôpitaux, il indiqua d'une façon plus complète la consti- ologique des granulations grises, chercha à préciser leur siége, ainsi ode d'origine et l'évolution des éléments qui les composent. Il recon-

ne que les anciens noyaux cancéreux, les ganglions des bronches, les infarctus orrhagiques, et les dépôts de pus enkystés, subissent la métamorphose ou ession graisseuse et caséeuse. D'autres admettent, comme Hérard et Cornil *la phthisie pulmonaire*, 1867), que les tubercules jaunes plus ou moins vo- neux de Laennec ont deux origines ou deux natures : la granulation spéci- , et la pneumonie dite caséeuse, tout en reconnaissant qu'on « éprouve ent de grandes difficultés et même quelquefois une impossibilité absolue à rononcer sur la part qui revient, dans leur production, à la granulation e part, à la pneumonie de l'autre » (*ibid.*, p. 153). Enfin on a séparé de la tuberculisation les cas dans lesquels il existait des masses caséeuses iso- quelquefois uniques dans le poumon, tout en conservant le nom de tuber- sation à ce genre de faits (*Voy.* PHTHISIE PULMONAIRE, p. 831). Peut-être ce à tort qu'on ne sépare pas des faits de tuberculisation ayant les granu- ns grises pour origine, ceux dans lesquels des masses jaunes, caséeuses ou acées se montrent isolées à la base ou à la partie moyenne du poumon aussi qu'à son sommet, et n'ayant que les caractères histologiques et non l'ori- et l'évolution symptomatique des vrais tubercules. Ce sont là tantôt de vrais de pneumonie dite caséeuse, comme j'en ai vu se développer auprès d'un r gangréneux; et tantôt des infarctus ou d'anciens foyers hémorrhagiques, me j'en ai rencontré un remarquable exemple.

n voit, par ce qui précède, que l'on en est venu à revoir dans le tubercule, me Broussais, une lésion inflammatoire. Hérard et Cornil, qui n'admettent l'intervention de l'inflammation avec les vrais tubercules, et qui ont voulu e concorder les données histologiques et cliniques, ont conservé une origine thésique à la tuberculisation. Il semble, en effet, impossible de rejeter hors cadre de son histoire l'hérédité, au moins comme cause prédisposante. Ce- dant Villemin la repousse et n'admet la diathèse tuberculeuse qu'en la nparant aux *diathèses syphilitique et morveuse* (*Études sur la tubercu- e*, 1868). Cette manière de voir se rattache à l'opinion de l'auteur sur la na- e de la tuberculisation, qu'il regarde comme une maladie *spécifique* et *inocu- le*, la comparant à la morve, comme à la maladie la plus voisime. Nous allons r, à propos de l'évolution des tubercules, que cette opinion est loin d'être gé- ralement reçue.

II. Je viens d'indiquer sommairement les divers points de vue auxquels on st placé pour pénétrer la nature du tubercule dans les dernières années. La ême diversité de vues se présente nécessairement quand il s'agit de son évo- tion. Et d'abord, la maladie est-elle virulente, spécifique, et inoculable comme syphilis? Au début de son évolution y a-t-il une infection virulente? Ville- in, dans une série d'expériences curieuses, auxquelles l'intéressant rapport Colin et la longue discussion qu'il a motivée à l'Académie de médecine, ont nné un légitime retentissement, a inoculé à des lapins la matière des granu- tions grises et des tubercules de l'homme, et il a fait développer chez ces ani- ux des tubercules. Les faits sont nets et précis. Colin, Hérard, Lebert et aucoup d'autres observateurs en France et en Allemagne, ont rapété les ex- riences avec le même succès. Le fait de l'inoculation possible de l'homme lapin et à d'autres rongeurs est hors de contestation. Mais en est-il de même l'interprétation? De nombreuses et justes objections ont été faites à cet ard. D'abord on a contesté que la maladie produite fût vraiment semblable x tubercules. G. Colin (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1867) n'a admis ni la ulence, ni la spécificité de l'inoculation. Il avait produit exactement les mêmes ions en inoculant du pus; Feltz, de Strasbourg, en injectant dans les veines

de la poussière de tissu cancéreux, de fibrine, de pus, a obtenu des résultats identiques, et il en conclut que l'on ne produit que des embolies capillaires provoquant un travail de prolifération cellulaire. Clark en Angleterre, ainsi que Burdon Sanderson et Wilson Fox, obtinrent les mêmes résultats avec toutes sortes de substances, ou par la simple irritation mécanique d'un séton. Enfin Cohnheim, Frankel, Valdenburg, en Allemagne, démontrèrent aussi, par leurs expériences, que la matière inoculée n'avait rien de spécifique. Pidoux et Hardy rejettent la spécificité et la virulence, en insistant sur ce fait que les maladies virulentes par excellence, la syphilis et la morve, auxquelles Villemin compare la tuberculose, ne se développent jamais spontanément comme la tuberculisation. Bouillaud ainsi que J. Guérin ne voient rien dans les faits cliniques, qui annonce la contagion positive de la phthisie; les cavernes en suppuration sont de simples foyers d'infection qui altèrent l'air qui entoure le malade. Mais en supposant même que l'inoculation produise de vraies granulations grises et de tubercules de l'homme au lapin, et du lapin au lapin, rien ne démontre que la contagion soit possible de l'homme à l'homme. Il faudrait d'abord qu'elle ait lieu par l'atmosphère; et dans ce cas ne verrait-on pas des épidémies de tuberculisation comme on voit des épidémies de scarlatine et de rougeole? N'est-il pas étonnant d'un autre côté que les piqûres anatomiques faites dans des dissections si fréquentes de tuberculeux n'aient pas amené à leur suite la phthisie pulmonaire, comme l'a fait remarquer Rufz? Je suis un exemple de l'innocuité de cette inoculation. Il y a dix-huit ans, dans l'obscur amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, ayant une excoriation à un pouce, je maniai, sans y prendre garde, et pendant longtemps, un poumon criblé de cavernes tuberculeuses, ce qui produisit chez moi de graves accidents de septicémie avec des phénomènes généraux, dont je dus avec reconnaissance la guérison aux docteurs Louis, Valleix et Nélaton; et, aucun trouble ne se manifesta du côté des organes respiratoires, et il ne se manifesta ensuite aucun signe de tuberculisation. Enfin un courageux confrère a démontré la non-inoculabilité de la matière de granulation grise, prise sur un poumon tuberculeux, en se l'inoculant lui-même il y a quelque temps déjà; et il vient d'écrire à l'Académie des sciences (août 1869), qu'il n'a rien éprouvé à la suite, et qu'il se met à la disposition de l'Académie pour recommencer l'expérience.

Ne doit-on pas conclure de là, d'abord que la phthisie pulmonaire n'est ni inoculable, ni contagieuse de l'homme à l'homme; et ensuite que, dans la plupart des inoculations faites, on fait pénétrer des produits morbides qui provoquent simplement des *néoplasies* pauvres et misérables comme le tubercule, ainsi qu'on l'a dit. On ne doit donc pas abandonner le grand fait de la production spontanée de la tuberculisation. Dans ce cas, comment se fait le développement des tubercules? Est-ce ou non par l'inflammation? Est-ce quelquefois, comme on l'a pensé, par suite d'infection due à une lésion profonde qu'ils se développent? Nous ne pouvons pas discuter ici ces questions complexes et encore obscures; nous nous contenterons seulement de rappeler qu'il paraît acquis, depuis les travaux de Virchow, que le tubercule dont nous avons indiqué les éléments d'après Vulpian, subit, comme tous les produits morbides inférieurs, une dégénérescence ou *infiltration graisseuse* qui en opère le *ramollissement* puis la *fonte* ou l'*induration crétacée*.

On sait que l'évolution ou la marche de la tuberculisation est aiguë ou chronique, et que, sous la dénomination de PHTHISIE AIGUË, dont Empis a fait la granulie, elle peut amener la mort avant d'avoir parcouru toutes ses phases. Mais, aiguë ou chronique, la tuberculisation peut occuper, comme on le sait,

férents organes, ainsi que je vais le rappeler, car c'est une particularité de l'histoire du tubercule très-utile à la pratique.

II. Les granulations tuberculeuses ou les tubercules proprement dits se développent dans la plupart des organes, dans les viscères, au niveau des séreuses, dans les os (mal de Pott). La localisation de beaucoup la plus commune, chez l'adulte, est la tuberculisation des poumons (PHTHISIE PULMONAIRE), si bien que Louis a pu établir, d'après les faits nombreux qu'il a observés, que, toutes les fois qu'il existe des tubercules dans d'autres organes, on en trouve nécessairement dans le poumon. Cette loi générale a été maintes fois vérifiée. Mais il n'en est pas ainsi chez l'enfant, comme l'ont fait savoir les recherches de Barthez et Rilliet (*Traité des malad. des enf.*, t. III). Il résulte de leurs relevés que 47 enfants tuberculeux sur 312 (ou au moins 1 sur 6) n'ont pas offert de tubercules dans les poumons; que souvent plusieurs organes sont affectés; que la tuberculisation des ganglions bronchiques vient pour la fréquence après celle du poumon, et peut exister seule plus fréquemment que cette dernière (: 19. 15); enfin que les organes qui se tuberculisent le plus souvent chez l'enfant (poumons, ganglions bronchiques, ganglions mésentériques, intestins grêles, plèvre, rate, etc.) sont aussi, en général, ceux qui se tuberculisent le plus abondamment. Ces résultats sont importants à connaître.

Les tubercules donnent lieu à des symptômes particuliers dans les différents organes : latents dans certains d'entre eux, ils produisent dans la plupart des troubles fonctionnels qui sont parfois tellement caractéristiques, que l'on a dû en faire des affections à part, très-différentes les unes des autres, quoique se rattachant toutes à une cause commune. Tels sont les tubercules déposés dans la plupart des viscères où ils agissent comme TUMEURS, mais qui, chez les enfants, produisent deux affections particulières : le CARREAU, et la phthisie dite BRONCHIQUE. Telles sont encore les affections tuberculeuses des séreuses (*méningite, pleurésie et péritonite* dites tuberculeuses).

Lorsqu'ils se ramollissent, les tubercules produisent aussi des accidents qui varient suivant leur localisation au niveau de tel ou tel organe : des ULCÉRATIONS des muqueuses intestinale ou laryngienne (*laryngite ulcéreuse*), des *perforations* dans les séreuses (plèvre, péritoine), dans les bronches (ramollissement des tubercules bronchiques), dans les voies urinaires (tubercules des reins), et jusque dans le canal rachidien) (*Voy.* PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHIQUES [ganglions], CARREAU, GRANULIE, MÉNINGITE, PÉRITONITE, ABCÈS, TUMEURS, ULCÉRATIONS, etc.)

TUMEURS. — La manière la plus pratique de traiter du diagnostic si complexe des tumeurs est de les examiner dans les différentes régions du corps. Mais pour éviter des redites, il est indispensable d'exposer d'abord les généralités utiles à connaître.

I. Tumeurs en général.

Les tumeurs constituent des masses morbides d'une forme, d'une consistance et d'un volume très-variables, pouvant occuper les diverses parties du corps, se développant dans l'intérieur des organes ou dans le tissu cellulaire qui les entoure, et dont le diagnostic est d'autant plus facile qu'elles sont plus accessibles à nos moyens d'investigation. Elles sont extérieures ou bien elles se développent dans les cavités splanchniques; mais je m'occuperai spécialement de ces dernières, développées dans l'intérieur du crâne, de la poitrine ou de l'abdomen.

J'éliminerai dans tout cet article la plupart des tumeurs extérieures qui sont du ressort de la chirurgie, et dont le diagnostic a été l'objet d'un traité complet



Les tumeurs intra-splanchniques résultent du développ
régulier ou irrégulier d'un organe, ou du développement d
indépendantes. On sait qu'elles seraient toujours dues, d'ap
non plus à des dépôts morbides hétéromorphes, mais à l'*hype
plasie*, à la *prolifération* de certains éléments anatomique
moins altérés ou modifiés. Impossibles à diagnostiquer lorsq
elles peuvent ne se manifester que par des troubles fonctionn
dents qui résultent soit de la compression, de l'irritation ou de
voisins, soit des communications morbides, qui s'établissent
tres fois à ces données diagnostiques se joignent les ressour
physique, qui est d'autant plus complète que la tumeur est
cessible à nos moyens explorateurs.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une tumeur, un des
ciles du diagnostic est la détermination de leur nature ana
l'on prend le mot *tumeur* dans son acception la plus rigo
morbides. Au lit du malade, en effet, en présence d'un corp
plus ou moins volumineux, formant une masse insolite au
on peut avoir affaire non-seulement à des tumeurs propr
masses cancéreuses ou mélaniques, tuberculeuses, fibro-p
syphilitiques, à des kystes simples ou hydatiques, à certain
qui ne sont appréciables que par leurs effets, comme certair
crâniennes, mais encore à des états morbides tout différe
cependant se manifestent fréquemment au praticien par des
semblables. Ces derniers états morbides sont nombreux. Ce
tions de volume de certains organes, avec induration d'ori
aiguës ou chroniques, des dilatations morbides et locales d
vasculaires (anévrysmes), soit d'une autre nature, des accum
naturels liquides ou solides, comme les matières stercorales d
la bile ou l'urine dans les voies biliaires ou urinaires (*rétenti*
enfin, ce sont de simples agglomérations par des adhéren

me autant de problèmes à résoudre, constitue, on le conçoit facilement, des plus grandes difficultés du diagnostic médical. Le diagnostic local se de sur leur siége, leur forme, leur volume, leur consistance, leur mobilité s ou moins grande, l'existence ou l'absence de fluctuation ou de battements ur niveau; mais aucune de ces particularités n'est spéciale à une espèce. s un assez grand nombre de circonstances, elles offrent cependant des caères propres qui ont une très-grande valeur. — Les tumeurs *cancéreuses* sont le principal signe du cancer, sont ordinairement irrégulières, bosselées, me marronnées, tantôt dures et résistantes, et tantôt offrant une mollesse ticulière. — La fluctuation des *kystes* non distendus avec excès sert à les faire onnaître, mais ce caractère est en même temps l'origine de confusions fréentes avec d'autres collections morbides de liquides. — Les tumeurs *hydaues* constituent des kystes particuliers, à surface largement arrondie, ordiirement tendus et élastiques, et pouvant donner à la percussion, à la pression, à l'auscultation, des sensations spéciales, mais qui ne sont pas constantes, dont l'absence par conséquent ne saurait faire rejeter l'existence de ce genre tumeurs. — Des tumeurs dues à l'accumulation de *calculs* ou de *corps angers solides*, comme des calculs accumulés dans la vésicule biliaire disidue, des noyaux de cerises dans le cœcum, ont également donné lieu à des isations spéciales à la palpation (sensation de collision). — Les amas de *tières fécales* présentent quelquefois, en outre de leurs inégalités dures marronnées, une particularité très-importante que j'ai rappelée ailleurs *oy.* p. 690); c'est leur dépressibilité qui fait qu'elles conservent l'empreinte ne pression graduée.

Sans rappeler tous les caractères particuliers à d'autres tumeurs, je signaai la nécessité de tenir compte de l'évolution plus ou moins rapide ou plus moins lente des phénomènes, et l'importance des causes traumatiques, qui ivent produire rapidement des tumeurs hématiques, ou lentement des tuurs organiques. Les causes internes ont souvent une utilité clinique partiière. Dans les affections tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques, il suffit constater une tumeur interne pour soupçonner fortement qu'elle est de la ure de l'une de ces affections, s'il existe déjà dans d'autres parties du corps s tumeurs ou d'autres manifestations caractéristiques de l'une de ces malas. Il en sera de même pour des tumeurs hydatiques. Il est clair que, dans différentes circonstances, on devra tenir compte de l'ensemble des phénones qui peuvent éclairer le diagnostic et que je ne saurais rappeler ici.

Le *siége* des tumeurs est une particularité des plus importantes, puisqu'elle fit pour limiter le champ des inductions possibles. Aussi est-ce là la base des tinctions que je vais chercher à établir. Il me suffira, pour certaines régions, numérer simplement les tumeurs qu'on y peut rencontrer, pour mettre le teur à même de compléter son diagnostic en ayant recours à d'autres articles cet ouvrage.

II. Tumeurs localisées.

Elles doivent être examinées dans la cavité du crâne et du rachis, dans la itrine, et dans l'abdomen.

A. — Tumeurs intra-craniennes et intra-rachidiennes.

Je n'ai que peu de mots à dire des tumeurs qui se développent dans l'intéur de la cavité rachidienne, et qui ne s'annoncent que par des phénomènes compression de la moelle, c'est-à-dire par une *paraplégie*. Aussi le diaostic de ces tumeurs est-il des plus obscurs.

Quelle que soit la nature des tumeurs qui se développent à l'intérieur du



(surtout des *altérations de la vue*), des troubles de la *m*
passager, légère paralysie de la face ou des membres, sp
sensibilité (douleurs dans une moitié de la face, dans un ou pl
fourmillements, engourdissements dans différents points). C
sensibilité se montrent généralement un peu tard; puis en
des *paralysies* plus ou moins étendues *du mouvement et d*
précisément la *longueur de l'intervalle entre la céphalal*
paralysies qui constitue le signe le plus caractéristique d
crâniennes. Assez souvent il y a, comme symptôme dominant
convulsifs qui revêtent quelquefois la forme *épileptique*. L
les *convulsions* dans les parties paralysées appartiennent au
de la maladie; il en est de même des *troubles de l'intellig*
par la *faiblesse de la mémoire*. Les troubles digestifs ne so
ils n'ont rien de caractéristique. La circulation reste normale
de complication inflammatoire. Une circonstance alors fort i
constance, la variabilité de tous les symptômes. Les fréque
rémission et d'exacerbation sont dues à des congestions pass
ou du cerveau (*Arch. de méd.*, 1854, t. II, p. 474). P. L
publié un résumé des faits connus plus complet encore, d
sur la valeur diagnostique de la céphalalgie persistante et d
leptiformes.

Ces phénomènes seront suffisamment caractéristiques po
ou très-probable l'existence d'une tumeur intra-crânienne,
duels des accidents viendront confirmer le diagnostic, sur
affection générale qui puisse donner lieu à la formation de
rents organes. Ces progrès lents mais incessants de la mal
cérébrale empêcheront de la considérer comme une simple
tumeurs, il en est dont la marche n'a rien de particulier, si
de leur évolution, dont la durée est très-variable. Je veux
mes des artères du cerveau; non de ceux des artérioles, do

comme autant de problèmes à résoudre, constitue, on le conçoit facilement, une des plus grandes difficultés du diagnostic médical. Le diagnostic local se fonde sur leur siége, leur forme, leur volume, leur consistance, leur mobilité plus ou moins grande, l'existence ou l'absence de fluctuation ou de battements à leur niveau; mais aucune de ces particularités n'est spéciale à une espèce. Dans un assez grand nombre de circonstances, elles offrent cependant des caractères propres qui ont une très-grande valeur. — Les tumeurs *cancéreuses* qui sont le principal signe du cancer, sont ordinairement irrégulières, bosselées, comme marronnées, tantôt dures et résistantes, et tantôt offrant une mollesse particulière. — La fluctuation des *kystes* non distendus avec excès sert à les faire reconnaître, mais ce caractère est en même temps l'origine de confusions fréquentes avec d'autres collections morbides de liquides. — Les tumeurs *hydatiques* constituent des kystes particuliers, à surface largement arrondie, ordinairement tendus et élastiques, et pouvant donner à la percussion, à la pression, ou à l'auscultation, des sensations spéciales, mais qui ne sont pas constantes, et dont l'absence par conséquent ne saurait faire rejeter l'existence de ce genre de tumeurs. — Des tumeurs dues à l'accumulation de *calculs* ou de *corps étrangers solides*, comme des calculs accumulés dans la vésicule biliaire distendue, des noyaux de cerises dans le cœcum, ont également donné lieu à des sensations spéciales à la palpation (sensation de collision). — Les amas de *matières fécales* présentent quelquefois, en outre de leurs inégalités dures et marronnées, une particularité très-importante que j'ai rappelée ailleurs (*Voy.* p. 690); c'est leur dépressibilité qui fait qu'elles conservent l'empreinte d'une pression graduée.

Sans rappeler tous les caractères particuliers à d'autres tumeurs, je signalerai la nécessité de tenir compte de l'évolution plus ou moins rapide ou plus ou moins lente des phénomènes, et l'importance des causes traumatiques, qui peuvent produire rapidement des tumeurs hématiques, ou lentement des tumeurs organiques. Les causes internes ont souvent une utilité clinique particulière. Dans les affections tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques, il suffit de constater une tumeur interne pour soupçonner fortement qu'elle est de la nature de l'une de ces affections, s'il existe déjà dans d'autres parties du corps des tumeurs ou d'autres manifestations caractéristiques de l'une de ces maladies. Il en sera de même pour des tumeurs hydatiques. Il est clair que, dans ces différentes circonstances, on devra tenir compte de l'ensemble des phénomènes qui peuvent éclairer le diagnostic et que je ne saurais rappeler ici.

Le *siége* des tumeurs est une particularité des plus importantes, puisqu'elle suffit pour limiter le champ des inductions possibles. Aussi est-ce là la base des distinctions que je vais chercher à établir. Il me suffira, pour certaines régions, d'énumérer simplement les tumeurs qu'on y peut rencontrer, pour mettre le lecteur à même de compléter son diagnostic en ayant recours à d'autres articles de cet ouvrage.

II. Tumeurs localisées.

Elles doivent être examinées dans la cavité du crâne et du rachis, dans la poitrine, et dans l'abdomen.

A. — TUMEURS INTRA-CRANIENNES ET INTRA-RACHIDIENNES.

Je n'ai que peu de mots à dire des tumeurs qui se développent dans l'intérieur de la cavité rachidienne, et qui ne s'annoncent que par des phénomènes de compression de la moelle, c'est-à-dire par une *paraplégie*. Aussi le diagnostic de ces tumeurs est-il des plus obscurs.

Quelle que soit la nature des tumeurs qui se développent à l'intérieur du

es (Barthez et Rilliet), se rencontrent aussi à l'âge adulte, mais elles sont oup plus rares. Fonssagrives a communiqué sur ce sujet, à la Société ale des hôpitaux (1861), un excellent travail dans lequel il démontre es tumeurs, en comprimant le nerf récurrent chez l'adulte, produisent uefois des phénomènes identiques à ceux de l'*œdème de la glotte*. Les paux accidents auxquels on peut reconnaître les tumeurs ganglionnaires édiastin sont la *dyspnée* avec *accès de suffocation*, la *faiblesse notable uit respiratoire* à l'auscultation, et des *râles sonores ronflants* signalés arthez et Rilliet, et que Fonssagrives regarde avec eux comme pathogno- ques. La percussion donnerait rarement un son mat au niveau de ces tu- chez l'adulte; mais chez l'enfant, Barthez et Rilliet ont constaté une fois ninution du son, et des phénomènes caverneux à l'auscultation, phéno- transmis de la trachée à travers les masses tuberculeuses.

anévrysmes de l'aorte ascendante sont plus fréquemment observés chez te que les tumeurs précédentes. Avant d'être caractérisés par une tumeur eure pulsatile, ils peuvent se manifester aussi par des phénomènes de ession des organes internes (*Voy*. p. 69).

au niveau du médiastin, la compression peut déterminer des phénomènes onnels plus ou moins graves, il n'en est plus de même pour les petites tu- qui se développent en dehors du médiastin, dans les poumons par exem- il faut qu'elles aient acquis un certain volume pour occasionner de la ée. Mais ces petites tumeurs, isolées et superficiellement placées dans le on sain, donnent quelquefois lieu à la production de phénomènes singu- le percussion et d'auscultation, ainsi que je l'ai rappelé p. 50. Il en résulte souffle localisé, sans râles, a une certaine valeur comme signe d'une tu- intra-pulmonaire d'un petit volume.

s ce sont surtout les tumeurs assez volumineuses pour atteindre les parois iques et y produire une matité d'une certaine étendue, qui s'annoncent es signes importants.

douleurs variables d'intensité, une *dyspnée lentement mais incessam- croissante*, une *toux* sèche ou suivie d'une expectoration insignifiante : nt les phénomènes fonctionnels, la dyspnée principalement, qui accom- nt le développement de ces tumeurs. Leurs principaux signes physiques une *saillie* irrégulière d'un des côtés ou sur l'un des côtés de la poi- et qui est sans analogue dans l'état physiologique ou dans d'autres ma- , une *matité* à limites également irrégulières, avec *absence de tout bruit ratoire* à son niveau, et parfois le *refoulement* du cœur ou des organes ninaux.

is cet ensemble de signes peut se confondre, et il se confond souvent, en avec ceux d'une *pleurésie chronique;* aussi les auteurs qui se sont és de cette question ont-ils insisté principalement sur leur diagnostic entiel. Ce diagnostic est sans doute facile lorsque l'on prend pour terme mparaison l'épanchement pleurétique avec sa ligne de niveau régulière . p. 839), susceptible de déplacement par les mouvements; avec sa matité dant de bas en haut; s'accompagnant d'égophonie ou de broncho-égo- e de plus en plus profonde en descendant, et si l'on oppose à ces signes mites irrégulières de la matité des tumeurs, l'immobilité de cette matité absence de tout bruit respiratoire à son niveau, tandis que ce bruit peut uefois être entendu *au-dessous*. Mais toutes les pleurésies chroniques ent pas les caractères que je viens de rappeler. L'épanchement, en effet, ésente pas souvent la mobilité de sa ligne de niveau, l'égophonie ou la

tumeurs en agglomérant les anses intestinales, et les tumeurs stercorales, *peuvent être rencontrés partout dans l'abdomen.* Cette remarque préliminaire est nécessaire, pour que l'on ne soit pas surpris de me voir rappeler le même genre de tumeurs dans plusieurs régions, et que l'on supplée à mon silence lorsque, pour éviter des redites, je ne rappelle pas toutes ces variétés de tumeurs à propos de chaque région.

1° — *Tumeurs limitées à une région de l'abdomen.*

a. — Région épigastrique. — La tumeur que l'on rencontre le plus souvent à l'épigastre est celle du CANCER de l'estomac, affection incomparablement plus fréquente que toutes celles qui peuvent aussi s'accompagner de tumeurs dans la même région. On y rencontre rarement des *anévrysmes.* Tantôt la tumeur cancéreuse ne constitue qu'une rénitence plus ou moins profonde, parfois en *nappe*, et tantôt une masse ayant le volume d'un œuf de pigeon à celui du poing, ordinairement inégale, bosselée, et quelquefois mobile, de manière à se porter à droite de la ligne blanche dans l'état de vacuité de l'estomac et à gauche pendant la réplétion de l'organe, s'il est dilaté. La tumeur ne s'insinue pas ordinairement sous les côtes, selon la remarque de Valleix. Cependant quelquefois elle n'est bien sentie que dans la position assise ou lorsque l'estomac est distendu par des aliments (Chomel), ou bien lorsqu'on fait respirer profondément le malade pour faire refouler inférieurement la tumeur par la contraction du diaphragme (Trousseau).

Les tumeurs du PANCRÉAS, plus profondément situées que les précédentes, sont cependant presque toujours confondues avec elles, car le cancer de l'estomac ne s'accompagne pas dans tous les cas de symptômes caractéristiques. On peut encore rencontrer à l'épigastre : des *tumeurs anévrysmales*, qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs solides de l'estomac, du pancréas, ou même avec un *amas de matières fécales* dans le côlon transverse, lorsque ces tumeurs sont soulevées par les battements de l'aorte. Ces anévrysmes sont d'ailleurs très-rares; ils forment des tumeurs fixes, sauf dans des cas exceptionnels, comme celui où l'on a vu l'anévrysme du tronc cœliaque constitué par une *tumeur mobile* de la grosseur d'une orange. On n'oubliera pas qu'il peut exister des petites tumeurs évidemment superficielles au niveau de la ligne blanche (HERNIES), des tumeurs multiples mobiles plus profondes dues à la syphilis (*Voy.* p. 999), et qu'une tumeur épigastrique est quelquefois simulée par la contraction de la partie supérieure du *muscle droit* (qui est isolée par une intersection aponévrotique), contraction qui a lieu chez certains individus dès que l'on palpe leur ventre, comme l'a fait remarquer Chomel. On commettrait encore une grossière erreur si, chez les personnes maigres, on prenait pour des signes d'anévrysme la saillie résistante du corps des vertèbres et les battements de l'aorte.

b. — Région ombilicale. — Cette région devrait presque être confondue avec la précédente, car ce que je viens de dire des tumeurs de l'épigastre lui est presque applicable. Je dois ajouter que l'on a quelquefois confondu avec des hernies ombilicales, des *abcès* et des *tumeurs hydatiques*, et que c'est à l'ombilic que se présentent principalement les tumeurs tuberculeuses ganglionnaires qui constituent le *carreau* chez les enfants, et qui ne sauraient être prises pour des scybales, attendu que celles-ci occupent ordinairement les fosses iliaques ou les flancs. Enfin Rayer a rencontré au niveau de la région ombilicale une rénitence formée par la fusion des reins placés en travers de la colonne vertébrale, et formant une fois une tumeur en forme de croissant. On sentait en même temps un vide dans les deux régions lombaires qui avaient

dans l'abdomen, où il vient former sous les parois une tumeur mobile, qui a le volume, la forme et la consistance du rein normal (*Voy.* REINS MOBILES). La rate déplacée vient rarement former également une tumeur mobile au-devant du rein, et dans un fait de Ullmann (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII, p. 221), il y avait de fréquentes envies d'uriner qui pouvaient faire croire à un déplacement du rein. Des lésions diverses font acquérir à ce dernier organe des dimensions plus ou moins considérables sous forme de tumeurs solides ou fluctuantes, qu'il est très-important de connaître pour ne pas les confondre avec d'autres.

Les tumeurs *solides* sont dues quelquefois à la néphrite; alors le rein forme une tuméfaction douloureuse appréciable seulement *au-dessous des côtes.* Le cancer peut produire une tumeur semblable, dont la nature est jugée par la coïncidence de l'hématurie; mais il n'est pas rare de rencontrer des reins atteints de cancer qui forment des tumeurs beaucoup plus considérables, et qui occupent tout l'espace situé entre la dernière côte et le bord supérieur de l'os coxal. Ces tumeurs sont souvent mamelonnées et inégales; mais lorsque l'hématurie fait défaut, les déformations qu'elles font subir aux reins ainsi que les adhérences qu'elles contractent avec les organes voisins, qui peuvent être aussi envahis par le cancer, rendent souvent le diagnostic très-obscur. Une réflexion analogue peut être faite pour les tumeurs *hydatiques* rénales paraissant solides parce qu'elles sont très-distendues. Aussi a-t-on fréquemment confondu la tumeur du rein droit avec une tumeur du foie, celle du rein gauche avec une tumeur de la rate, ou avec celle d'une *invagination* intestinale, et, des deux côtés, avec des amas de *matières stercorales* dans le côlon, avec des *adhérences péritonéales* épaisses, localisées au niveau du rein. On a bien signalé comme caractères propres à faire distinguer les tumeurs solides des reins la forme particulière de ces organes, qui sont ovalaires dans le sens vertical, avec la dépression interne de leur hile, et leur position particulière, qui fait qu'elles occupent chaque flanc *en s'insinuant profondément vers les lombes;* mais les mêmes conditions, qui d'ailleurs ne caractérisent pas à beaucoup près toutes les tumeurs rénales, se présentent avec d'autres tumeurs des mêmes régions.

Les tumeurs *fluctuantes* particulièrement observées au niveau des flancs sont celles du rein ou des voies urinaires aboutissant à la vessie (calices, bassinets, uretères). Elles ont presque toujours pour origine l'arrêt de corps étrangers, et principalement de calculs, obstruant ces conduits. Ce sont des *rétentions* de pus (*pyélite*), d'urine ou de sérosité (*hydronéphrose*), analogues à celles que l'on rencontre au niveau des voies biliaires par suite également de leur obstruction par des calculs. Le sang, accumulé dans les voies urinaires, peut aussi constituer une rétention au-dessus d'un obstacle occupant le haut de l'uretère ou le voisinage de la vessie. La tumeur fluctuante ressemble alors à celle produite par l'urine; et lorsque c'est l'uretère qui est distendu, il peut former une tumeur cylindrique, superficielle et allongée dans le sens de ce conduit. On a cité un fait dans lequel il existait pendant la vie une petite tumeur mobile de la grosseur d'une olive due à un *calcul urinaire* arrêté sur le trajet d'un uretère, et appréciable à la palpation (Caillat, *Union méd.*, 1856).

Dans ces différentes conditions, on a ordinairement, comme données précieuses de diagnostic, des antécédents se rapportant à l'existence de calculs dans les voies urinaires (gravelle, coliques néphrétiques); mais ici encore l'absence de ces données ne démontre pas qu'il faille exclure ces rétentions du

tantôt y sont limitées, et tantôt se prolongent latéralement vers les fosses iliaques, dépendent de plusieurs causes. Le cancer du corps de l'utérus y forme une tumeur résistante à surface inégale et marronnée; mais cette affection, qui atteint le plus souvent le col de l'utérus, est rarement étendue au corps et jusqu'au fond de cet organe. Les *hémorrhagies intra-péritonéales* (hématocèles) produisent des tuméfactions plus uniformes, souvent douloureuses, avec des prolongements latéraux vers les fosses iliaques (*Voy.* p. 504); les tumeurs hydatiques ou de toute autre nature, développées dans la profondeur du bassin, peuvent faire irruption aussi au-dessus du pubis. La *rate déplacée* et très-mobile a été trouvée au-dessous de l'ombilic chez une femme atteinte précédemment de fièvres intermittentes. Mais les faits de ce genre sont très-rares, de même que le déplacement du *cæcum* au-devant des vertèbres lombaires.

g. — *Régions iliaques.* — De nombreuses variétés de tumeurs peuvent se rencontrer limitées dans les régions iliaques. — Chez la femme, elles caractérisent les *kystes de l'ovaire* encore peu volumineux, l'inflammation de cet organe (OVARITE), des GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES, certaines *hématocèles*, et *cancer de l'ovaire*. — Chez l'homme, on a quelquefois trouvé un testicule dans le voisinage de l'aine, où il a été pris pour une hernie; mais en pareil cas, il manque dans le scrotum. — Enfin les tumeurs rencontrées indifféremment chez les individus de l'un et l'autre sexe au niveau des régions iliaques de l'abdomen sont : le PHLEGMON iliaque, les *bubons*, les *adénites*, les *anévrysmes* de l'artère iliaque, maladie à laquelle on a cru dans un cas d'adénite cancéreuse soulevée par les battements de l'artère iliaque, et malheureusement opérée (*Med.-chir. Transact.*, t. XXXV). On peut encore rencontrer dans les régions iliaques : une *hernie* réelle; une *péritonite partielle;* un *cancer du cæcum* à droite; à gauche, l'accumulation dans l'S iliaque de *matières fécales* ou de *corps étrangers* (noyaux), et enfin l'agglomération d'anses intestinales par des *adhérences*. Des tumeurs exceptionnelles s'y sont encore constatées. Telle est celle que John Marshal a trouvée dans la fosse iliaque gauche, tumeur dure qui lui resta inconnue pendant la vie, et qui était due à une masse considérable d'épingles (avalées par monomanie) contenues tant *dans l'estomac* (dont l'extrémité pylorique avait été entraînée sous l'arcade pubienne) que dans le duodénum (*Méch.-chir. Transact.*, t. XXXV).

Les tumeurs de l'ovaire sont remarquables chez la femme par leur forme globuleuse, leur indolence, leur mobilité sauf vers leur insertion manifestement profonde dans la cavité pelvienne, par leur défaut de continuité avec l'utérus, comme le démontre le toucher vaginal qui constate seulement le refoulement de ce dernier organe, par le développement lent de la tumeur, et l'état satisfaisant de la santé générale. Il y a peu de tumeurs qui aient donné lieu à autant d'erreurs de diagnostic que les kystes de l'ovaire. Boinet, qui les a étudiées à ce point de vue dans un intéressant mémoire (*Gaz. hebdom.*, 1860), signale, comme tumeurs locales pouvant être confondues avec ces kystes, la grossesse extra-utérine, l'hématocèle rétro-utérine, les abcès de la fosse iliaque, les tumeurs squirrheuses, fibreuses, hydatiques, sans compter celles qui résultent du développement considérable des kystes dont il sera question plus loin.

h. — *Tumeurs pelviennes.* — Les tumeurs confinées dans la profondeur du bassin se produisent principalement chez la femme, attendu qu'elles ont pour siége habituel les organes du système utérin. Le vagin offre justement chez elle le moyen de les constater par le toucher vaginal. Cet examen peut se compléter par le toucher rectal, qui est surtout utile chez l'homme pour constater les tumeurs formées par la prostate et celles qui occupent le rectum.

ıut sentir en certains points qu'en pressant vivement sur l'abdomen le liquide. — La rate, en se développant, se dirige vers l'ombilic, dans toute la moitié gauche du ventre jusqu'à la région iliaque, également vers la poitrine. Elle soulève parfois, d'une manière chondre et le côté gauche de l'abdomen, et elle présente vers la une sorte d'échancrure qui ne doit pas faire prendre la tumeur

un des organes dont les tumeurs peuvent acquérir les dimensions dérables et donner lieu aux erreurs les plus fréquentes, soit qu'on les tumeurs qui lui sont propres, soit qu'on lui en attribue qui ont anatomique. On a vu le cancer du rein remplir l'abdomen d'un ze mois (Barthez); mais le fait est plus fréquent chez l'adulte. n a vu une tumeur du rein refouler supérieurement le diaphragme nanière à simuler un épanchement pleurétique (*Soc. des hôpit.*, n énorme kyste du rein a pu faire croire à une grossesse; mais néprise ne peut résulter que d'une exploration incomplète.

ɪons dans les calices et les bassinets des reins, par suite de l'oblituretère par un calcul, prennent quelquefois des proportions telles oire à une ascite, les tumeurs fluctuantes qui en résultent pouvant e ventre. Martineau a cru à une hydropisie dans un cas de rétenainsi accumulé, et il a même pratiqué la paracentèse. Tout en able, la tumeur peut rester limitée à un côté de l'abdomen. Dans condition, les rétentions rénales sont d'un diagnostic plus comdroit que du gauche, parce qu'on y rencontre également des rétens biliaires (rétention de la bile dans la vésicule, et hydropisie de ce ui peuvent également constituer des tumeurs fluctuantes consigagner ainsi jusqu'à la fosse iliaque. Les antécédents habituels de tiques ou néphrétiques, suivant les voies affectées, lèveront soues; mais malheureusement les lésions de ce genre sont presque pliquées d'autres lésions qui en masquent les caractères les plus lossy a vu une distension extrême de la vésicule biliaire par rétenle être *dure* et douloureuse. Moi-même j'ai rencontré à Lariboiune malade d'une vingtaine d'années, qui précédemment avait signes obscurs de péritonite *comme seuls antécédents*, et qui tumeur dure envahissant toute la moitié droite de l'abdomen; a à des signes de péritonite par perforation. La tumeur était due à suppurée suite de l'oblitération de l'uretère à son origine par un mme une olive, et surtout à des *adhérences péritonéales* épaisses t une seule masse de tous les organes avoisinant le rein.

tumeurs des régions inférieures de l'abdomen, les corps fibreux euvent envahir une grande partie de cette cavité; ils simuleraient e si leur développement n'était pas très-lent. — Mais ce sont princikystes de l'ovaire qui, en acquérant un très-grand volume, peuvent us. En s'élevant directement dans le flanc correspondant, ils siquefois des *tumeurs de rein;* mais c'est surtout avec l'*ascite* (*Voy.* confusion des kystes très-volumineux de l'ovaire est facile. Il y a fusion entre un kyste de l'ovaire et une *tympanite*. Enfin la *gros*a été prise pour un kyste de l'ovaire, et la prétendue tumeur a nctionnée (Boinet, *mém. cité*).

NISME. — Je comprends sous cette dénomination toute exagéste du son obtenu par la percussion, par rapport au son normal,

»ie, etc.), ou enfin, par suite d'une *déviation vertébrale*, du côté du thorax ;st déprimé (p. 287).

est difficile de saisir la cause *physique* du tympanisme dans ces différentes itions anatomiques, et surtout lorsqu'on le perçoit vis-à-vis d'une *petite* *:ur intra-pulmonaire* voisine de la plèvre, comme je l'ai constaté (*Arch.* *néd.*, 1852, t. XXX), ou au niveau du sein induré par le *sclérème*, comme bservé Nat. Guillot chez une femme. Le tympanisme lui fit croire à un ıysème sous-cutané; cette supposition fut infirmée par une ponction exploce, qui ne donna pas issue à une seule bulle de gaz. Ne pourrait-on pas, les faits de ce genre, expliquer le tympanisme par la transmission du son ıonaire exagéré par la compacité de la partie percutée, comme le sternum ·nforce et le transmet dans l'état normal?

YMPANITE. — On doit comprendre sous ce titre les accumulations ıdérables de gaz qui s'effectuent au niveau de l'abdomen, soit dans le tube stif, soit dans l'utérus, soit dans la cavité du péritoine.

La *tympanite du tube digestif* n'est autre chose qu'un météorisme étendu ıt l'abdomen (*Voy.* MÉTÉORISME), et refoulant parfois le diaphragme au ı de produire l'asphyxie.

La *tympanite utérine*, appelée aussi *physométrie*, *grossesse venteuse*, ın accident puerpéral dans presque tous les cas. Elle est caractérisée par *tumeur* hypogastrique se formant rapidement, arrondie, tendue, donnant un *tympanique* à la percussion, s'accompagnant parfois de *troubles diges-* de *vomissements*, de *dyspnée* si la tumeur est assez considérable pour ıler le diaphragme, et, dans certains cas, d'un *mouvement fébrile* plus ou ıs prononcé. C'est surtout après l'accouchement que la physométrie est de, et alors elle est ordinairement considérable, parce qu'elle est favorisée la flaccidité des parois de l'utérus.

ətte tympanite est le plus souvent produite par un caillot qui obstrue l'ori- du col utérin, et plus rarement par la putréfaction d'un fœtus, d'un frag- t de placenta, d'une môle, ou des lochies. Dans ces différentes conditions, il y avoir *expulsion bruyante de gaz* très-fétides et quelquefois de liquide ıâtre par le vagin, expulsion suivie de soulagement. On a vu la physométrie ;évelopper lentement pendant plusieurs mois, et sa coïncidence avec des bles digestifs, des vomissements, et la *suppression des règles*, faire croire e grossesse, jusqu'à ce que l'expulsion subite des gaz soit venue détromper, ;véler la véritable cause du développement de l'utérus.

ı a reconnu deux formes à la tympanite utérine, suivant que l'utérus con- des gaz seulement, ou bien des gaz et du liquide. Dans ce dernier cas, des vements brusques peuvent produire un *bruit de flot* ou de glouglou, et la e peut être assez intense.

près un temps variable, l'utérus se débarrasse ordinairement des gaz ou des ıuits qui causent la tympanite utérine, et la guérison a lieu. Ce n'est que ıue l'organe renferme un fœtus mort ou des débris de placenta que le pro- ic peut n'être pas aussi favorable.

Quant à la *tympanite péritonéale*, elle est tout à fait exceptionnelle. Elle ; produite par une communication morbide (perforation) des voies digestives ıulmonaires avec la cavité péritonéale. Cependant Michel Lévy (*Gaz.* *l.*, 1849) aurait rencontré un fait dans lequel la tympanite aurait été indé- lante de toute perforation. Les signes sont ceux de la tympanite intestinale, ; n'est que l'on obtient *au niveau du foie* un son clair qui pourtant n'est pathognomonique. Graves s'est efforcé d'indiquer des signes qui permet-

les *lassitudes universelles*, de l'*anorexie*, de la *soif*, quelques *douleurs* *tre;* dans la majeure partie des cas, des *selles liquides* se joignent à nptômes dans les vingt-quatre heures; une chaleur sèche succède aux , et il s'établit une *fièvre* dont la continuité et l'intensité ne sont nulle- n rapport avec les troubles fonctionnels locaux.

nême temps que les symptômes abdominaux prennent successivement intensité, un peu plus tôt ou un peu plus tard à partir du début, il s'y joint idents du côté des fonctions cérébrales, des organes des sens et d'autres mes vers les organes digestifs, qui donnent à l'affection la physionomie est propre. — Ce sont d'abord : une *faiblesse* considérable; des étourdis- s augmentés par la station droite ou assise; de la *stupeur*, puis une *som-* e graduellement croissante, dont il est plus ou moins difficile de tirer le ; une *mémoire lente*, de l'*indifférence*, souvent du *délire*, tantôt léger, gité ou furieux et nécessitant l'emploi de la camisole, continu ou seule- octurne, ou bien remplacé par de l'*insomnie* ou un sommeil fatigant et par des rêves. — Du côté des sens : *bourdonnements d'oreilles*, *dureté* *ïe* ou *surdité*, yeux injectés, *vue confuse*, rarement léger strabisme, *is* chez beaucoup de sujets. — Du côté de la myotilité : *soubresauts* *es tendons*, et autres mouvements *spasmodiques* dans les muscles du dans les muscles du cou et dans les membres supérieurs, où l'on observe quelquefois de la *contracture* dans les cas les plus graves. — Enfin sous ndance de la moelle, un ensemble d'autres troubles de la *sensibilité* et *uvement*, qui ont été très-bien étudiés par G. Fritz, et sur lesquels je rai (p. 1059).

ôté des organes digestifs, la *langue*, qui peut n'offrir rien de remarquable, inairement *collante et sèche*, tantôt *rousse* ou *rouge*, *encroûtée*, *ée*, sans épaississement, tantôt *noirâtre* et plus ou moins *épaisse*, par- *mblante*, tirée avec peine hors de la bouche et comme oubliée entre les ar le malade; les *dents* se sèchent et deviennent *fuligineuses*; la *déglu-* est parfois gênée par l'inflammation de l'arrière-bouche; l'inspection de he et du pharynx peut y faire constater de la *rougeur*, des *concrétions* *ées* ou du *muguet*, des *érosions* et des *ulcérations*; quelquefois il y a *uleurs à l'épigastre*, plus rarement des *vomissements*, qui ont ordinai- plutôt lieu vers la fin de l'affection. Chez presque tous les malades, on sur l'abdomen des TACHES *rosées*, *lenticulaires* d'environ deux milli- de diamètre, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, et disparition est suivie d'une fine desquamation. Elles n'apparaissent pas e *sixième jour* de la maladie, ordinairement vers le *dixième*, et elles riables pour leur durée comme les *sudamina* qui s'y joignent très-fré- ent, mais qui se montrent un peu plus tard. Il est plus rare d'observer *es de couleur ardoisée* dont il a été question à propos de la fièvre E. Le ventre se *météorise* dans presque tous les cas, et la *rate* est par- umineuse à la palpation ou à la percussion. En même temps que se déve- les symptômes du côté des centres nerveux, des sens, des muscles et de nen, *les selles deviennent involontaires* quand le délire est considérable, sont quelquefois *plus ou moins mélangées de sang*.

ouls a une fréquence qui est rarement au-dessous de cent pulsations par , et qui se maintient ou s'atténue dans le cours de la maladie; il n'est *t résistant* qu'au début (et encore dans des cas peu fréquents); il est ou ensuite plus ou moins *faible*, *petit*, *peu résistant*. Rarement il est uable par sa *lenteur* et sa *régularité*, quelquefois enfin il est *dicrote*.

e grave de l'affection, c'est-à-dire avec la plupart des symptômes énu-d'abord, est essentiellement continue; et cependant, comme Louis et en ont rencontré des exemples, elle peut se maintenir intermittente à ut. Sa durée varie de *huit* à *quarante jours*, le premier terme n'étant ble qu'aux cas de mort. La maladie est tantôt immédiatement très-grave ivasion, et tantôt graduellement croissante ou stationnaire jusqu'à la ui survient, selon Louis, au milieu du délire ou dans une sorte de calme, uelques heures de perte de connaissance, quelquefois d'une manière ie.

'onditions *étiologiques* de la maladie sont encore des données diagnos-d'une grande valeur pour le diagnostic. C'est principalement parmi les gés de 18 à 30 ans que l'on rencontre l'affection typhoïde, qui est d'au-ıs rare chez l'enfant qu'il est plus jeune. Au delà de l'âge de 50 ans, la e est très-rarement observée. L'habitation récente à Paris (de quelques un an), le développement assez souvent épidémique de l'affection, qui ors être *contagieuse*, et l'absence de récidives, l'affection n'atteignant seule fois le même individu, sont, indépendamment de l'âge, les causes médecin pourra tirer parti. Les recherches microscopiques modernes ouvert, dans le sang, des bactéries ou bactéridies qui jouent peut-être un portant dans la pathogénie de la fièvre typhoïde. Cette espèce de vibrions, se voit qu'à un très-fort grossissement, a été constatée par Tigri (de dans les cavités gauches du cœur, où les infusoires étaient en quantité dinaire (*Voy.* BACTÉRIES).

oint de pratique très-important, c'est de tenir compte, pour le diagnostic, ériode à laquelle on observe l'affection typhoïde.

èvre typhoïde à son début, *pendant le premier septénaire*, est quelque-faitement caractérisée, et même assez violente pour se terminer par la C'est surtout dans le cours des épidémies graves que l'on rencontre des cette espèce, où l'intensité de la fièvre et de la céphalalgie, le délire l'agitation, la somnolence, la stupeur, la prostration, les épistaxis, le sme, la diarrhée et parfois les taches rosées lenticulaires, ne peuvent l'observateur dans le doute. Il peut en être de même dans des cas moins s. Cependant, si les troubles abdominaux manquaient, on pourrait croire *méningite* dans le cas où l'idée de la fièvre typhoïde ne se présenterait esprit. On pourrait au contraire, en l'absence des phénomènes abdomi-omber dans l'erreur inévitable de prendre pour une fièvre typhoïde un *issement central* du cerveau, ainsi que l'a vu Louis.

que le diagnostic est douteux en pareils cas, il faut avoir recours à la métrie qui peut fournir des données précieuses de diagnostic, en indi-'évolution particulière de la fièvre. Il y a d'abord un stade ascendant graduel de trois à cinq jours, avec exacerbation chaque soir plus forte veille; rémission chaque matin plus faible que la précédente : type quo-ntermittent. Puis survient la période d'*état* qui dure un et deux septé-et à laquelle succède un abaissement notable et progressif, s'il y a gué-La température générale est en moyenne de 40 à 41°,2 le soir, et de 39,5 le matin pendant la période d'état (Hirtz, *Nouv. Dict. de méd. et rat.*, t. VI, p. 790). La figure 274, p. 1056, donne une bonne idée de ible de ces phénomènes, que l'on ne rencontre dans aucune autre maladie. a thermométrie sera-t-elle très-utile pour distinguer la fièvre typhoïde *méningite* dont l'invasion est très-brusque, et du *ramollissement central* *veau* (dont il a été question plus haut), dans lequel il n'y a pas d'élévation

légère ou incomplète (*Voy.* Synoque [fièvre).

Une autre affection très-fréquente, difficile à distingue
légère, dans beaucoup de circonstances, c'est l'*embarr*
intestinal, dans lequel la fièvre est le plus souvent null
gne quelquefois de phénomènes fébriles (fièvre gastriqu
tériser par de la céphalalgie, des troubles de la vue, de
quelques douleurs et un peu de gonflement de l'abdom
du gargouillement à la pression dans la fosse iliaque dr
attribué par conséquent une trop grande valeur comme s
Ce qui doit éloigner en pareil cas de l'idée d'une fièvre t
de faiblesse prononcée, l'enduit épais blanchâtre ou jau
la maladie date de dix jours, l'absence de taches ros
ventre. Cependant on peut rencontrer des cas d'autant p
y a parfois combinaison de l'embarras gastrique et de l'
l'emploi d'un vomitif lève ordinairement tous les doutes
fection typhoïde, une guérison rapide succède à l'emplo

On décrit sous le nom d'*état typhoïde* un ensemble
comme phénomènes secondaires, principalement dans les
et qu'on ne saurait, en considération de l'âge seul des m
l'affection typhoïde. On doit soupçonner alors (ou bien
pulmonaire, vésicale ou autre, qui est l'origine habituel
typhoïdes. Si l'on rencontre l'état typhoïde chez des suje
rogatoire et l'examen du malade empêcheront bientôt d
typhoïde (*Voy.* Typhoïde [État).

La période adynamique du *choléra* peut simuler une
une attitude prostrée, un état de légère stupeur, et parf
une langue sèche, de la sensibilité du ventre, de la diarr
de réaction peut s'accompagner de symptômes fébriles
délire. Ces signes, joints à la sensibilité de l'abdomen
selles diarrhéiques récentes, pourraient très-bien induir
le cas précédent, lorsque le début de l'affection ne rem

ıgite *cérébro-spinale épidémique* (p. 631). Ce sont là des faits rares, de me que ceux de fièvre typhoïde débutant comme une *fièvre intermittente*, et ıs lesquels la marche qui devient bientôt continue, et l'emploi impuissant du fate de quinine, empêchent l'erreur de se prolonger.

L'erreur serait plus longtemps commise dans les cas où la fièvre coïnciderait ec une *phlegmasie*, si une exploration convenable n'en faisait découvrir la sion fondamentale. Cependant il en est une, l'*entérite*, qui mérite une atten- n spéciale en raison de la coïncidence des douleurs de ventre, de la diarrhée de la fièvre, qui pourraient donner le change et faire croire à l'existence une fièvre typhoïde. Mais, depuis la publication des recherches de Louis, il reconnu que, dans l'affection typhoïde, les douleurs de ventre sont rarement ntanées, plutôt provoquées par la pression, et toujours plus légères que dans ıtérite, en même temps que les selles liquides sont bien moins nombreuses dans cette dernière affection. Dans la plupart des cas d'ailleurs, les au- s symptômes locaux et surtout les phénomènes généraux suffisent pour faire tinguer l'affection typhoïde. Si les phénomènes fébriles persistent encore ès sept ou huit jours, on devra soupçonner autre chose qu'une simple enté- , et attendre les signes qui bientôt pourront faire cesser toute incertitude, que le météorisme, les taches rosées, les sudamina. On pourra encore, dans cas douteux, s'aider des commémoratifs, et rechercher si le malade n'a pas atteint déjà, à l'âge où la fièvre typhoïde est le plus ordinairement observée, ne affection grave de longue durée, suivie d'une convalescence plus longue ore, ayant débuté par de la céphalalgie, de la diarrhée, et ayant occasionné délire et une perte de connaissance prolongée. Si de pareils accidents ont lieu, il n'y aura pas à douter que le malade n'ait eu déjà la fièvre typhoïde; comme elle n'atteint qu'une fois le même sujet, ou qu'en admettant les ré- ves, qui ne sont pas nettement prouvées, on doit supposer qu'on a sous yeux un fait extrêmement exceptionnel, on pourra se prononcer franche- nt pour une entérite.

Passé le premier septénaire, le diagnostic se confirme, ou bien, s'il a été teux ou impossible, il devient le plus souvent facile par l'évolution des si- s les plus probants : le météorisme, les taches, les sudamina, les selles san- nolentes ou hémorrhagiques, la continuation de la fièvre, etc. Je dis que le gnostic est *le plus souvent* facile à cette période, ce qui implique l'existence faits pouvant faire exception à la règle générale. Les cas de cette espèce, en t, ne sont pas extrêmement rares dans certaines épidémies. C'est ainsi qu'il quelques années j'ai observé à l'Hôtel-Dieu plusieurs malades ayant de la stipation, le ventre plat sans météorisme, peu de fièvre à cette seconde iode, mais un affaiblissement général que rien autre chose qu'une affection hoïde ne pouvait expliquer, affection confirmée d'ailleurs par les taches ro- s lenticulaires et les sudamina qui se montrèrent en leur temps, par la len- ır de la convalescence, et, comme pour les malades dont Louis nous a trans- s l'histoire sous le titre de fièvres typhoïdes latentes, par une perforation estinale inopinément survenue chez un sujet dont la maladie offrait plus d'un ute pendant la vie, et dont l'intestin présenta les lésions les plus caractéristi- ıes des plaques de Peyer.

J'ai parlé plus haut de malades dont le pouls perdait sa fréquence après le remier septénaire. Ce fait, qui semble étrange dans une maladie qualifiée de *èvre*, qualification à laquelle Louis préfère par cela même la dénomination '*affection* typhoïde, fait admettre à certains médecins qu'il ne s'agit pas en pa- il cas de cette maladie, mais d'une *fièvre synoque*, intermédiaire à la fièvre

ıle des symptômes ou l'absence de certains d'entre eux, contribuent à re le diagnostic difficile, l'exagération de certains symptômes n'est pas une ce d'erreurs moins fréquente. C'est sur cette prédominance d'un ordre de ıtômes par rapport aux autres qu'on s'est basé pour admettre les formes *ımmatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *nerveuse* ou *ataxique*, *adynamique* mel), *cérébrale*, *abdominale*, *pectorale* (Littré). L'abus de ces dénomina- est de porter le praticien à considérer chaque forme comme autant d'es- s de fièvres typhoïdes distinctes, et à vouloir faire rentrer tous les faits qui ·ésentent à son observation dans l'une ou l'autre de ces formes, en le pous- de nouveau dans la confusion des anciennes fièvres dont les travaux mo- es l'ont si heureusement faire sortir. On a lieu de s'étonner que Chomel, cien par excellence, ait recommandé la distinction des cinq premières es, après avoir fait remarquer que chacune d'elles n'est applicable qu'à une ine période de l'affection, d'où il résulte qu'on peut successivement observer eurs formes chez le même individu. Que reste-t-il dès lors de ces distinc- au point de vue nosologique?

violence des accidents fébriles constitue la forme dite *inflammatoire*, on ne la rencontre qu'au début; et, si l'on n'observe qu'elle, c'est que la survient rapidement, ce qui peut arriver dans des épidémies graves. Cette ominance de la fièvre peut donner lieu aux difficultés de diagnostic que j'ai lées plus haut à propos du début. — La forme dite *bilieuse* et la prétendue e *pectorale* ne doivent être considérées que comme des fièvres typhoïdes liquées : l'une d'embarras gastro-intestinal, dont il a été déjà question, et e de congestion violente du poumon ou de bronchite capillaire. A ce titre, sera question plus loin. — Quant à l'exagération prédominante de la hée, de la prostration générale, des accidents cérébraux, ou des symptômes minaux, qui constitueraient les prétendues formes *muqueuse*, *adynamique*, *brale*, *abdominale*, elle mérite simplement d'être signalée, pour que le cien, se trouvant en présence de ces symptômes, songe à les considérer ne des manifestations de la fièvre typhoïde; mais il n'y a pas lieu d'y voir *fièvres typhoïdes particulières*.

ans ces différentes circonstances, c'est un examen suffisant du malade qui, ermettant de grouper l'ensemble des signes qu'il présente, lèvera les doutes iagnostic qui pourraient exister. — Les mêmes réflexions seraient appli- es aux troubles *ataxiques* ou *nerveux*, dont l'intensité pourrait, au premier d, faire croire à une *méningite* par la violence du délire, des contractions culaires spasmodiques et par la contracture. Mais cette physionomie parti- re de la maladie, qui constitue la forme dite ataxique, s'associe le plus sou- à d'autres signes de la fièvre typhoïde, et surtout aux signes abdominaux, ne permettent pas de rester longtemps dans le doute. Vers le début de la adie, un peu de diarrhée et l'existence du météorisme sont d'une grande ur pour faire attribuer à leur véritable cause, la fièvre typhoïde, les accidents eux observés. Plus tard, les taches rosées lenticulaires, les sudamina, etc., encore plus caractéristiques. Lorsque ces signes manquent, il faut encore ser plutôt à la fièvre typhoïde, en raison de sa fréquence, qu'à la méningite che, qui est très-rare chez l'adulte.

ous la dénomination de *troubles spinaux*, G. Fritz (*Thèse*, 1864) a décrit c soin les troubles nerveux de la maladie, qui affectent la sensibilité ou le uvement. Parmi ces symptômes, ceux qui affectent la sensibilité sont : 1° l'*hy- esthésie*, qui peut rendre insupportable le poids des couvertures, et pro- ire alors une agitation excessive; ou bien elle est provoquée par la pression



de quinine, comme l'a démontré Forget.

Est-il possible, dans le diagnostic de la fièvre typhoïd *la lésion* intestinale? Forget a consacré dans son ouvrag ports des lésions et des symptômes de cette maladie, et il générale qu'il n'est pas un symptôme, pris isolément, qu manifestement les phases de la lésion viscérale. Cela es nombre de cas sans doute; mais il en est un plus grand la concordance est bien réelle, au moins pour les symptôm nifestation même de ces symptômes, dans la plupart des ca de la lésion intestinale, et souvent ils s'aggravent et s'am que progressent et s'amendent les lésions de l'iléon. C' important, et celui sur lequel on doit insister. Malheure symptômes ne permet de préciser pendant la vie le deg pendant ou après les ulcérations, dont la présence peut s d'une manière terrible, soit par une perforation, soit par abondante de l'intestin; car il ne faut pas oublier que peuvent exister lorsque les symptômes sont très-légers. constate dans certains cas de pneumonie, de pleurésie et monaire avancée, et l'on doit s'étonner, avec Forget, arguent de cette disproportion des symptômes et des typhoïde pour dénier à la lésion intestinale l'importance due. Enfin on a voulu établir dans la fièvre typhoïde un *putride* due à l'absorption des liquides qui baignent le mais cette vue théorique n'a aucune utilité pour le diagn possible de dire à quel moment elle se produit.

On ne peut pas considérer la *fièvre typhoïde chez les* stituant une forme particulière de la maladie. Taupin ont étudié la maladie avec soin, lui ont reconnu, en ptômes que chez l'adulte, si ce n'est que, chez les ent sont plus fréquents au début, et les épistaxis beaucoup le diagnostic est extrêmement difficile, et il a été étab

1). La thermométrie, comme on l'a vu plus haut, pourra être utilisée les enfants, dont les maladies fébriles à leur début sont souvent fa- diagnostiquer, si l'on se base sur les données rappelées au mot Ther- rie.

fièvre typhoïde *légère* des enfants peut simuler complétement un *em- gastrique* qui présente comme particularité une longue durée, et les *nasies* et *catarrhes intestinaux*, lorsque les signes caractéristiques de re typhoïde manquent. La phlegmasie intestinale elle-même, surtout si rend la forme typhoïde (*Voy.* p. 356), peut, par contre, simuler une on typhoïde, même grave : conclusion bien différente de ce que l'on que chez l'adulte, où l'entérite est toujours facile à distinguer de cette e.

peut encore confondre la *fièvre typhoïde grave* de l'enfance avec la *mé- e tuberculeuse* ou *inflammatoire*, avec l'*entérite secondaire dans la tine ou dans la rougeole*, avec la *pneumonie*, la *broncho-pneumonie*, n avec la *tuberculisation générale aiguë*. Les erreurs de diagnostic sont bles dans ces différents cas, si les signes caractéristiques de l'affection de font défaut, et principalement les signes abdominaux : diarrhée, rosées, sudamina, augmentation de volume de la rate.

nplications. — Dans ce qui précède, j'ai plusieurs fois signalé des com- ons de la maladie qui m'occupe. C'est un des points les plus importants diagnostic. Il ne faut pas oublier que ces complications sont souvent sées par la facilité avec laquelle se développent des inflammations secon- , des ulcérations, plus rarement la gangrène, dans le cours de la maladie, les inflammations sont souvent annoncées par un redoublement fébrile eut d'abord les faire soupçonner.

perforation de l'intestin grêle par suite des progrès des ulcérations est plication la plus importante et la plus grave. Elle survient à une époque le de la maladie : au plus tôt le douzième jour, mais le plus souvent à poque beaucoup plus avancée, puisqu'elle peut tarder jusqu'au quarante- ème jour. Elle s'annonce brusquement par les signes d'une péritonite uë. La mort survient plus ou moins rapidement, vingt à cinquante heures s après le début (Louis). Ce terrible accident apparaît dans les faits graves e dans ceux qui le sont le moins en apparence; dans les cas latents ou ux, ils peuvent même être le premier signe évident de l'affection typhoïde. sion brusque et la violence de ces phénomènes de perforation est la règle ale, mais non la règle constante : on peut rencontrer des faits dans les- ces accidents sont latents ou à peu près, bien que leur issue funeste soit me. Louis a cité trois observations de cette espèce, dans lesquelles on ne it rapporter à la perforation que les symptômes suivants : une fois une douleur à l'hypogastre et une expression de dégoût très-prononcée, atées trente-six heures avant la mort; une autre fois, l'altération des traits météorisme de l'hypogastre, douloureux seulement à la pression; chez un ème sujet enfin, des frissons continuels, une coloration cyanosée de la peau, e augmentation du météorisme, le ventre n'étant sensible qu'à une forte ion. J'ai eu moi-même à traiter à l'Hôtel-Dieu un malade pour une affec- yphoïde si légère, qu'elle eût passé inaperçue si l'on n'eût été en temps démie, et si l'abdomen n'eût présenté quelques taches rosées lenticulaires, i succomba *subitement* après s'être plaint, les jours précédents, d'une e douleur vers l'hypogastre, qui n'était *ni météorisé ni douloureux à la ion*. L'autopsie révéla une perforation au niveau de l'une des ulcérations

.rer encore comme complications indépendantes de lésions des centres
ux.
s eschares cutanées qui, par leur nombre et leur étendue, peuvent pro-
une suppuration abondante, ne constituent pas une complication rare.
. a rencontré la gangrène au scrotum, Guéneau de Mussy à la vulve, où il
t résulté des difformités cicatricielles graves. Il n'est guère de médecins qui
nt vu survenir, comme complication, des *hémorrhagies intestinales* abon-
s, qui parfois entraînent rapidement la mort, sans être néanmoins constam-
fatales, comme on le croyait autrefois. Leur apparition éclaire quelquefois
gnostic lorsqu'il présente quelques doutes. — Il est plus rare de voir sur-
du côté des membres et des parois abdominales des *tumeurs très-dou-
uses* dues à des épanchements de sang dans les muscles de ces régions
h), de voir des *contractures* se montrer aux membres supérieurs, ou se
ire des *vomissements de sang* en caillots, vomissements dus à l'ingestion
elle, favorisée par le décubitus, du sang d'une épistaxis ne se montrant
ar les narines, et qu'on a pris à tort pour l'hématémèse, comme je l'ai
é (*Voy*. p. 485).
rmi les autres complications de l'affection typhoïde, il faut principalement
r aux *inflammations secondaires*, sur lesquelles Louis a attiré l'atten-
ainsi qu'aux *inflammations ulcéreuses*, la tendance à l'ulcération comme
angrène étant un des caractères des lésions qui résultent de l'affection
ïde.
nflammation de l'estomac, caractérisée par des douleurs épigastriques,
ausées, des vomissements bilieux répétés, survient au plus tôt le huitième
neuvième jour de la maladie, ou tardivement, comme affection ultime.
érysipèle de la face, ou d'autres parties, se montre aussi à partir de la
de période, tantôt léger et peu étendu, tantôt avec inflammation se propa-
 au tissu cellulaire sous-cutané, et constituant le plus souvent, comme
coup d'autres inflammations secondaires, un des phénomènes ultimes qui
dent la mort. — On peut rencontrer aussi dans la fièvre typhoïde des
ions qui lui sont étrangères et qui constituent autant de complications.
nt l'*érythème*, la *miliaire*, l'*urticaire*, l'*herpès labial*, le *lichen*. La
re seule peut donner lieu à une confusion avec les sudamina. On trouve,
les Mémoires publiés par les médecins qui ont observé des épidémies de
e, des faits de fièvre typhoïde avec *miliaire blanche*, et il ne m'est nulle-
démontré que, dans cette circonstance et *en l'absence de sueurs co-
ses caractéristiques*, il y ait eu autre chose qu'une fièvre typhoïde. Il ne
pas oublier, en effet, que, dans cette dernière affection, les sudamina peu-
être extrêmement abondants, confluents et même bulleux par places,
ne dans la suette. — Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la
thérie, avec fausses membranes au pharynx ou au larynx, vient compli-
l'affection typhoïde.
rmi les complications qui peuvent survenir du côté des organes respira-
s, la *congestion pulmonaire*, la *bronchite capillaire* plus ou moins
ralisée, et la *pneumonie*, que Grisolle a rencontrée dans la septième
e des faits de cette maladie, sont des complications très-importantes, en ce
lles peuvent se montrer dès les premiers jours et faire croire à une affec-
localisée dans les voies respiratoires. Comme je l'ai dit ailleurs (CONGESTION
ONAIRE), on attache en général trop peu d'importance à la congestion des
nons, surtout dans les affections générales dont elle est un phénomène
tuel. Je l'ai vue constituer parfois un véritable accident prédominant dans

l'affection typhoïde, et notamment à l'hôpital Lariboisière, chez une jeune fille de dix-huit ans, présentant une fièvre intense survenue presque subitement, une oppression et une dyspnée considérables, sans météorisme de l'abdomen qui pût les expliquer. Une sonorité généralement exagérée du thorax avec râles sonores partout, sans aucun râle humide, et la diminution rapide de tous les accidents thoraciques, alors que la mensuration cyrtométrique rendit évidente une énorme rétrocession de la poitrine, ne laissèrent aucun doute sur la cause congestive de cette complication, dont la disparition laissa bien évidents les signes de l'affection typhoïde déjà constatés. Suivant Michou, qui a fait de cette congestion considérée comme complication de la fièvre typhoïde, le sujet de sa thèse (1860), elle produirait une asphyxie lente. — La bronchite *capillaire* peut, comme la congestion pulmonaire exagérée, détourner l'attention aux dépens de l'affection principale, surtout si les symptômes typhoïdes sont incomplètement accusés au début. Ces faits ont attiré dans les derniers temps l'attention des observateurs, qui ont cru devoir créer à ce propos la *forme pectorale* de la fièvre typhoïde. Mais il ressort de la coïncidence d'une bronchite capillaire étendue et des symptômes dits typhoïdes un fait de diagnostic bien autrement important que cette dénomination, c'est la possibilité de prendre pour une affection typhoïde des faits de PHTHISIE AIGUE dans lesquels cette coïncidence se rencontre, et, par contre, de croire à une phthisie aiguë dans les cas d'affection typhoïde réelle compliqués de bronchite capillaire étendue. L'existence des symptômes abdominaux, s'il y a réellement fièvre typhoïde (météorisme, taches rosées, sudamina), et leur absence dans le cas de phthisie aiguë, seront de bons signes distinctifs des deux affections ; mais c'est surtout la marche ultérieure de la maladie qui dissipera les doutes. — Quant à la pneumonie compliquant la fièvre typhoïde, on a trop souvent considéré comme telles de simples congestions avec râles plus ou moins crépitants, et souffle respiratoire passagers. — On rencontre rarement comme inflammations secondaires, parfois avec ulcération des tissus signalée par Louis, la *laryngite* (observée par Hardy et Bourgougnon, *Soc. anat.*, 1838), qui paraît être plus commune en Allemagne qu'en France; l'inflammation ulcéreuse de l'*épiglotte* (qui est quelquefois presque détruite); celle de la *langue*, du *pharynx*, et même de l'*œsophage*. — L'*œdème de la glotte* est également une complication exceptionnelle, ainsi que des *abcès extérieurs* en plus ou moins grand nombre (comme à la suite de la variole), des *parotides suppurées*, l'*otite*, l'*endocardite aiguë*, la *néphrite*. On peut y joindre, comme complications rares : la *cyanose généralisée*, observée une fois par Valleix; l'*œdème* ou l'*anasarque*, indépendants d'une lésion des reins, et que Leudet a observés à Rouen (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII); la *catalepsie;* des *paralysies* diverses survenant plus particulièrement pendant la convalescence, de même que certains délires monomaniaques passagers, dont j'ai observé plusieurs exemples; le simple *affaiblissement de l'intelligence* ou de la mémoire; la *congestion de la moelle épinière;* la *phthisie pulmonaire;* et enfin l'*avortement*, sans tenir compte des lésions latentes que l'on peut rencontrer après la mort sur le cadavre, comme la *gangrène de la vessie* (Cossy).

Une dernière complication qui mérite une mention particulière, et sur laquelle Thirial a attiré l'attention dans ces dernières années, c'est la *péritonite simple* ou indépendante de toute perforation. Quelques observateurs, dans ces derniers temps, Forget, Bourdon, Pidoux et A. Gauchet, ont, après Thirial, rapporté des faits qu'ils ont considérés comme des exemples de péritonite de ce genre, survenue dans le cours de l'affection typhoïde à titre de complication

ıflammatoire analogue à la pneumonie, à l'érysipèle. On conçoit toute l'impor-
ınce de telles observations, qui, si elles ont réellement la signification qu'on
›ur attribue, doivent empêcher de croire toujours à la perforation intestinale,
›rsque des signes de péritonite éclatent rapidement dans le cours de l'affection
ʏphoïde.

Ces observations sont au nombre de neuf, dont six avec vérification cadavé-
ique. La première appartient à Chomel (1834); la seconde à Forget (obs. 60 de
on Traité); trois autres sont de Thirial (*Union méd.*, 1853), deux de Bourdon
ib., 1856), et enfin deux autres de Gauchet, qui les a recueillies dans les ser-
ices de Pidoux et Bourdon (*ib.*, 1857). Malheureusement toutes les observa-
ions suivies d'autopsie ne sont pas convaincantes pour le lecteur comme pour
es auteurs, la perforation n'ayant pas, dans plusieurs, été cherchée au moyen de
'injection d'eau ou de l'insufflation dans l'intestin. Aussi ne reste-il que trois
›bservations qui puissent faire preuve; mais, considérées à part (ce qu'on
n'a pas fait), ces observations présentent ceci de très-remarquable, que les
signes de péritonite sans perforation ont été différents de ceux qui accom-
pagnent ordinairement la perforation de l'intestin. Dans une observation de
Thirial, qui a le premier rapporté des faits concluants, la péritonite, survenue
plus de cinquante jours après le début, s'est manifestée par de la diarrhée,
puis sont apparues de violentes coliques, des douleurs abdominales intenses,
des vomissements bilieux, etc., et après la mort, arrivée trois jours après, on a
trouvé une péritonite manifeste sans perforation, et les lésions typhoïdes cica-
trisées. — Dans une autre observation de Thirial, une jeune femme convales-
cente, et au vingtième jour d'une fièvre typhoïde, est prise après ses règles et à
la suite d'une impression morale très-vive, de signes de péritonite (vomisse-
ments, face grippée, pouls faible), mais avec *douleur légère*, et même nulle
dès le troisième jour, où survint la mort. — Par une coïncidence remarquable,
la troisième observation, due à Bourdon, est encore un fait de péritonite coïn-
cidant avec la suppression des règles chez une jeune fille, qui présenta les
signes de péritonite *au début même de l'affection typhoïde*, mais sans qu'ils
se soient montrés avec la rapidité de la péritonite par perforation; la mort eut
lieu après cinq jours.

Il y a dans ces trois observations des particularités qui leur donnent une phy-
sionomie particulière; c'est au reste ce que Pidoux avait déjà remarqué en disant
que les faits de péritonite simple survenus dans l'affection typhoïde différaient
des péritonites par perforation par l'époque ordinaire de leur apparition, leur
aspect, leur marche, etc. (*Union méd.*, 1856). Deux fois, en effet, nous voyons
ici la péritonite débuter bien avant et bien après l'époque ordinaire où l'on voit
survenir la perforation; dans aucun des trois cas, l'invasion n'a eu le caractère
instantané de la péritonite par perforation, ni l'ensemble complet de ses sym-
ptômes, et, circonstance bien remarquable, il y a eu, deux fois sur trois, des par-
ticularités (cessation ou suspension des règles) qui ont pu expliquer la produc-
tion de la péritonite en dehors de la fièvre typhoïde. On doit donc, à mon avis,
considérer ces faits rares comme des exemples de coïncidence de péritonite
simple et d'affection typhoïde, et non comme des exemples de complication.
Cette distinction est capitale dans la pratique, car reconnaître la coïncidence,
c'est éloigner l'idée de la perforation.

Si donc, dans le cours de l'affection typhoïde, on constate des symptômes de
péritonite sans invasion très-brusque, incomplets de nombre, se montrant sur-
tout dès les premiers jours de l'affection typhoïde ou à une époque très-avancée
de la convalescence, et chez des femmes au moment de la menstruatio

pourra espérer avoir affaire à une péritonite se reliant accidentellement à l'affection typhoïde, et par suite sans perforation.

Mais comment ne pas tenir compte, me dira-t-on, des faits de péritonite simple suivie de guérison? On doit certainement tenir compte de ces faits d'accidents de péritonite subitement survenus, d'une éphémère durée, et qui n'ont pas été suivis de mort; mais on ne saurait les considérer *nécessairement* comme des exemples de péritonite simple, quoique leur possibilité doive être admise. Rien au lit du malade, en effet, ne permet de décider si la péritonite a réellement ce caractère de simplicité, ou s'il s'agit d'une péritonite par perforation limitée par des adhérences, ou bien enfin s'il existe une péritonite partielle par propagation de l'inflammation au niveau d'une ulcération intestinale, péritonite sans perforation dont l'observation 60 de l'ouvrage de Forget est un exemple.

Certaines complications sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte; telles sont la *perforation intestinale*, l'*hémorrhagie* de l'intestin, les *parotides*, les *gangrènes*. D'autres sont au contraire plus fréquemment observées, comme la *broncho-pneumonie* (surtout chez les enfants très-jeunes), l'*otite*, l'*entéro-colite*, que l'on pourra soupçonner si le dévoiement augmente d'intensité et persiste très-longtemps et s'il existe des douleurs abdominales vives. Il est même une complication rencontrée une fois chez l'enfant et qui n'a pas été observée chez l'adulte : la *perforation de la vésicule biliaire*, sans doute par suite d'une ulcération ; il y eut une tumeur dans l'hypochondre droit pendant la vie. Enfin il peut exister des complications accidentelles, à une époque plus ou moins avancée de la maladie : des inflammations (*pleurésie ; angine diphthéritique; néphrite; ramollissement de la moelle; furoncles*); l'*anasarque*, survenant dans la convalescence et plus rarement vers le début, sans que les urines soient coagulables; les *fièvres éruptives*, variole grave, rougeole, scarlatine, se montrant toutes pendant la convalescence, et enfin la *tuberculisation*, qui succède quelquefois à la fièvre typhoïde des enfants.

3° *Pronostic.* — Le pronostic de l'affection typhoïde est toujours grave et incertain pendant toute la durée de l'affection et même de la convalescence, que le cortége des symptômes soit menaçant ou des plus légers en apparence. Cette proposition, qui résume tout le pronostic, est basée sur l'éventualité toujours possible d'une plus grande aggravation, soit par suite des progrès de la maladie, soit surtout par les complications qui peuvent survenir, et surtout par la perforation intestinale. Toutefois il peut se rencontrer des cas rares dans lesquels, les signes d'une perforation se déclarant, la guérison ait lieu. On doit donc, lorsque ces signes surviennent, ne pas toujours porter un pronostic absolument fatal, sans toutefois s'abandonner à l'espoir dès que les symptômes de perforation s'amendent, car on a vu les accidents se prolonger tout en se terminant par la mort, et présenter auparavant des rémissions très-sensibles. Les hémorrhagies intestinales abondantes rendent le pronostic fâcheux, sans être cependant funestes dans tous les cas. La perversion de l'intelligence et des sensations qui font dire au malade qu'il est bien, alors que sa situation est loin d'être rassurante, est une circonstance de mauvais augure, selon Louis. Enfin, la mort subite comme terminaison a été signalée par Dieulafoy (*Thèse* de doct., 1869) au déclin de la maladie ayant une moyenne intensité, et sans qu'il ait trouvé à l'autopsie de lésion matérielle pouvant expliquer la mort. Il attribue celle-ci à une action reflexe du pneumo-gastrique qui, excité par les plaques de Peyer, déterminerait l'arrêt du cœur en disatole. La mort subite a été produite aussi par la perforation pulmonaire, comme j'en ai rappelé plus haut un exemple.

Une remarque essentielle à faire à propos du pronostic de l'affection typhoïde, c'est que la guérison peut survenir avec les symptômes en apparence les plus redoutables. J'ai vu pour mon compte un malade presque agonisant (avec pâleur cadavéreuse du visage, carphologie, etc.) revenir ensuite peu à peu à la santé.

La fièvre typhoïde peut-elle récidiver? Certains observateurs le pensent; Michel (*Thèse*, 1864) a décrit sous le nom de *réversion* ces rechutes de la fièvre typhoïde, qui surviennent plus ou moins longtemps après la convalescence ou la guérison. J'ai observé un seul fait de ce genre chez une femme de l'hôpital Cochin, laquelle présentait comme commémoratifs les preuves irrécusables d'une ancienne fièvre typhoïde, et qui offrait encore l'ensemble des phénomènes et l'évolution de la maladie très-bien caractérisée. Elle guérit lentement, ce qui me montra que j'avais porté d'abord un diagnostic erroné en qualifiant, dans les premiers temps, la maladie de phthisie aiguë, me fondant sur l'existence antérieure de la fièvre typhoïde pour rejeter l'existence d'une récidive dont je n'avais pas encore vu d'exemple.

Le pronostic est moins grave dans l'enfance qu'à l'âge adulte, et chez les enfants âgés de plus de cinq ans qu'au-dessous de cet âge. Ai-je besoin de dire que certaines complications favorisent une issue funeste? Il est pourtant à remarquer que Barthez et Rilliet ont vu guérir tous les cas compliqués d'anasarque.

TYPHOIDE (État). — Dans le cours de maladies très-diverses, on voit assez souvent survenir comme accident ou épiphénomène complexe de la fièvre, considérée en général, le groupe de symptômes qui caractérisent l'état dit typhoïde, et qui sont les suivants : *prostration générale*, parfois légère *stupeur ; somnolence*, *délire*, *excrétions involontaires; pouls fréquent*, *petit*, *intermittent ; langue sèche*, râpeuse, encroûtée (ainsi que les *dents* et les *lèvres*) de *concrétions brunâtres* provenant du dessèchement des mucosités buccales, et parfois mélangées de sang.

On rencontre l'état typhoïde : dans la fièvre ou affection typhoïde, *dont il ne forme pas un complément nécessaire*, de même que dans les autres pyrexies; dans les phlegmasies les plus variées, telles que la méningite, certains ramollissements aigus du cerveau, la pneumonie, l'hépatite, la métro-péritonite, etc , dans le cours des affections des voies urinaires chez le vieillard; dans la phlébite, et enfin, quelquefois comme accident ultime de certaines maladies chroniques, la phthisie par exemple. Uni à de la diarrhée résultant d'un état fébrile ou d'une entérite simple, l'état dit typhoïde ne pourrait faire croire à une véritable fièvre typhoïde qu'à ceux qui attachent à cet appareil de symptômes plus d'importance qu'il n'en a réellement dans cette affection.

Cependant l'état typhoïde est fréquemment l'indice d'un état général grave, surtout vers la fin des maladies, sans qu'il doive nécessairement faire porter un pronostic fâcheux.

TYPHUS. — Le typhus, *fièvre pétéchiale* des anciens, appelé aussi *typhus exanthématique* quand l'éruption cutanée était très-abondante, a été à tort confondu avec la fièvre typhoïde; et l'on voit encore cette confusion faite de nos jours par certains auteurs qui emploient le mot typhus pour désigner la fièvre typhoïde. Rien n'est cependant plus distinct que les deux maladies, comme Gerhard, de Philadelphie (1837), Shattuck, de Boston (1839), Steiwart, Richie, E. Bartlett, Jenner, de Londres (1850), W. Stokes (1854-1855), Magnus Huss (1855), etc., l'ont démontré. On ne peut donc admettre, avec Cazalas (*Acad. de méd.*, octobre 1860), qu'il y a un groupe de maladies *typhiques*, qui est aussi naturel que le groupe des fièvres éruptives. Il y range le typhus, la

lesquelles s'est développée la maladie. Parmi les travaux récents nous devons mentionner le livre de Barrallier, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. Les rapports des officiers de santé de la marine, de la collection du port de Toulon, lui ont fourni des renseignements intéressants sur le typhus que ces médecins avaient observé à bord des navires sur lesquels ils étaient lors du rapatriement de l'armée de Crimée On lira aussi avec intérêt l'histoire médicale des épidémies observées au bagne de Toulon par Barrallier.

1° *Eléments du diagnostic* — Je ne ferai que signaler les principaux, sauf à les compléter à propos des inductions que provoque l'observation des faits.

Dans les cas les moins douteux, le début du typhus était brusque et marqué par un frisson initial, et par un appareil fébrile remarquable par la violence des symptômes cérébraux et nerveux qui l'accompagnaient : céphalalgie intense, bourdonnements d'oreilles, surdité, stupeur, insomnie, agitation, délire, prostration profonde. Jusque-là, à part un état catarrhal plus ou moins prononcé des yeux, des fosses nasales et des bronches, noté au début par plusieurs observateurs, les phénomènes n'avaient rien de bien caractéristique comparativement à la fièvre typhoïde dite inflammatoire; mais le typhus différait bientôt de cette dernière affection *par la rareté des épistaxis*, par l'atténuation remarquable et le plus souvent par l'*absence des troubles digestifs ou abdominaux*, et surtout par l'*éruption cutanée*. Cette éruption comprenait des taches de deux espèces, très-différentes des taches typhoïdes. Signalées par Jenner dans le typhus fever, elles ont été observées dans le typhus des armées par Godelier, dont la description faite d'après nature semble calquée sur celle du médecin anglais. De ces taches, apparaissant *du deuxième au cinquième jour*, et dont la durée était de deux à dix jours, les unes sont vagues, sous-épidermiques, envahissant le tronc et les menbres et respectant parfois le visage; elles sont comparées par Jenner à une teinte de jus de mûres, par d'autres à l'éruption de la rougeole, et donnent à la peau un aspect tigré; les autres, dont la coloration est plus foncée et qui sont souvent de véritables pétéchies, ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Les unes et les autres sont sans relief au-dessus de la peau.

La marche du typhus, presque toujours continue, a une durée variable : très-courte si l'épidémie est dans toute son intensité, et alors rapidement suivie de mort dans les premiers jours, parfois au milieu de symptômes cérébraux et ataxiques épouvantables ; plus lente si l'épidémie est à son déclin. La convalescence, qui a été souvent remarquable par son apparition brusque du jour au lendemain, était ordinairement très-longue; cependant elle fut remarquable par sa rapidité dans beaucoup de cas observés dans les hôpitaux français à la fin de la campagne de Crimée. — Le typhus est *épidémique* et essentiellement *contagieux*. Il affecte *tous les âges*, et se développe sous l'influence de l'encombrement, auquel s'ajoutent les mauvaises conditions hygiéniques.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi les symptômes du typhus, il n'en est qu'un seul, l'éruption cutanée, qui pourrait être considéré comme spécial s'il ne faisait défaut dans un certain nombre de cas. L'apparition hâtive de cette éruption, précédée de phénomènes fébriles, a fait considérer la maladie comme un exanthème (Émile Chauffard), et l'on a même soulevé la question de savoir si l'on n'avait pas quelquefois confondu avec le typhus certaines rougeoles graves (Dechambre, *Gaz. hebdom.*, 1856). Aussi, comme pour la fièvre typhoïde, est-ce sur l'ensemble des symptômes qu'il faut se baser pour le diagnostic plutôt que sur les symptômes isolés.

Ainsi envisagé, le typhus est apparu à Godelier comme une maladie toute spéciale, ayant des caractères qui ne lui ont jamais permis de la confondre avec la

fièvre typhoïde. Si l'on a fréquemment signalé des cas embarrassants de diagnostic où la confusion était facile, c'était dans des faits dont la proportion a été jugée considérable (Garreau, Scrive), mais qui ont pu paraitre avoir une certaine fréquence en raison de l'extension formidable des épidémies d'Orient. Dans les faits de ce genre, aux symptômes cérébraux se joignaient exceptionnellement au début quelques symptômes abdominaux, diarrhée, douleurs de ventre, un peu de météorisme, ou bien ils offraient, comme cela arrive dans toutes les épidémies possibles de pyrexies, un ensemble atténué ou incomplet de symptômes. C'était surtout lorsque les éruptions abdominales faisaient défaut, et suivant Scrive c'était dans la majorité des cas qu'elles manquaient, que les difficultés de diagnostic augmentaient. Cette similitude de certains cas atténués de typhus et de fièvre typhoïde est nécessairement des plus embarrassantes, surtout lorsque les deux maladies s'observent en même temps sur différents individus. C'est dans les faits de cette espèce que le médecin a besoin de mettre en jeu toutes les ressources de son intelligence et de sa sagacité, car on doit considérer sous ce rapport comme étant insuffisants, dans l'état actuel de la science, les éléments de ce diagnostic.

Le diagnostic du typhus se base principalement sur les mêmes éléments symptomatiques que celui du typhus fever : c'est encore ici sur la violence prédominante des phénomènes cérébraux et l'absence de phénomènes abdominaux et sur leur énorme disproportion avec les premiers, et sur l'éruption hâtive et spéciale de l'abdomen qu'on se base le plus souvent pour se prononcer. La marche de la maladie, lorsqu'elle est très-rapide, son invasion très-brusquement presque, l'existence des conditions d'encombrement et d'hygiène qui peuvent faire soupçonner l'existence de la maladie, et par-dessus tout, la constatation déjà bien établie d'une épidémie régnante, l'exposition antérieure du malade à la contagion et sa provenance d'un foyer infecté, sont des données précieuses de diagnostic. Elles seront utilisées avec fruit dans l'immense majorité des faits, car elles donnent immédiatement l'éveil au médecin; et ici, comme en beaucoup d'autres circonstances, penser à la maladie, c'est bientôt la reconnaitre. Suivant Netter, frappé de l'incertitude du diagnostic symptomatique dans les faits en petit nombre qu'il a eus sous les yeux à Strasbourg, ce serait dans l'étiologie seulement qu'il faudrait surtout et avant tout chercher les éléments du diagnostic; mais cette proposition, qui a sa valeur, est évidemment trop absolue.

Malheureusement pour le diagnostic, l'absence de toute lésion intestinale ne peut être sûrement déterminée pendant la vie. Cette absence n'est que probable quand les symptômes fonctionnels manquent du côté des intestins; et d'un autre côté l'existence de troubles intestinaux dans des cas rares peut être due à une lésion des intestins très-variable, suivant les épidémies et les localités, mais qui peut en imposer par ses symptômes pour une lésion typhoïde. Après la mort Netter a noté la congestion, et Garreau le ramollissement de la muqueuse intestinale.

D'autres difficultés de diagnostic surgissent encore pour l'observateur, non-seulement du degré d'intensité et du nombre limité des phénomènes, comme je l'ai dit précédemment, mais encore des formes variées que peut présenter le typhus par suite de la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes, suivant les cas. Les principales de ces formes, signalées par Haspel, Scrive, Netter, Jacquot, etc., ont été dites catarrhales, cérébrales, ataxiques, pectorales, rémittentes, et, par un abus de mots peu propre à faire disparaître la confusion, on a crée un *typhus à forme typhoïde*, mots qui feraient croire que l'affection typhoïde et le typhus peuvent exister simultanément chez le même sujet, mais

que l'on a simplement appliqués aux faits dont j'ai déjà parlé, et dans lesquels il y a, par exception, quelques troubles intestinaux. On a aussi admis un typhus dit *abortif*, en raison de sa bénignité et de sa courte durée. Liebermann, qui a observé le typhus au Mexique, pense qu'on a appelé *typhus abortif* une maladie qui n'est pas du tout, comme l'a dit Niemeyer, un véritable typhus. La disparition rapide de la maladie, soit par un vomitif, ou par des purgatifs, du sixième au dixième jour, soit sans aucun traitement, et son développement, sans contagion directe, lui semblent autant de preuves à l'appui. Il s'agit ici pour lui d'un embarras gastrique fébrile (*Mém. de méd. et chir. militaires*, 1865).

Le typhus peut compliquer et aggraver plusieurs maladies plus ou moins graves, telles que le *scorbut*, dans le cours duquel éclata la première épidémie de Crimée (février 1855), et qui masqua d'abord aux yeux des médecins militaires les caractères du typhus, les *fièvres intermittentes* ou *rémittentes*, l'*anémie*, la *dysenterie*, etc. Ces maladies, et surtout la fièvre typhoïde, coïncidant avec le typhus, ne contribuèrent pas peu, dans un bon nombre de cas, à en obscurcir le diagnostic. Le scorbut, qui préexistait à la première invasion, empêcha même le typhus d'être reconnu dans les premiers temps.

3° *Pronostic*. — Le pronostic du typhus des camps est toujours très-grave. En Orient, la mortalité générale fut de près de la moitié des malades atteints. On admet généralement que le typhus fever d'Angleterre et d'Amérique est plus fréquemment mortel que la fièvre typhoïde.

ULCÉRATIONS. — Cet élément de diagnostic a une signification très-variée, soit par ses caractères propres, soit par les conditions dans lesquelles il se produit. Que les ulcérations constituent de simples fissures, des érosions, ou des pertes de substance plus ou moins larges, plus ou moins profondes, elles présentent des caractères généraux que l'on retrouve les mêmes partout, ou bien des caractères spéciaux suivant certaines régions. Cette considération des régions occupées par les ulcérations est donc la base la plus pratique de leur étude séméiologique ; mais avant de les envisager ainsi, et pour éviter des redites, il est nécessaire d'exposer leurs caractères généraux.

Sans qu'il me paraisse nécessaire d'entrer dans de minutieux détails sur les ulcérations, dont s'occupe plus particulièrement la chirurgie, et qui sont dues à des inflammations locales , je rappellerai que beaucoup d'ulcérations sont liées à un état général dont elles deviennent une manifestation symptomatique ou un signe.

Les unes sont *aiguës*, comme dans la *fièvre typhoïde* (affection aiguë dans laquelle la tendance à l'ulcération est le plus évidente), dans la *morve*, et dans les *affections cutanées fébriles* dont les ulcérations constituent un élément secondaire.

Les ulcérations *chroniques* se rattachent à une foule *de maladies de la peau* et à des affections dites diathésiques ou générales, telles que la *syphilis*, la *scrofule*, le *cancer*, et la *tuberculisation*, qui est aux affections chroniques, pour la tendance à l'ulcération, ce que la fièvre typhoïde est aux maladies aiguës. Les ulcérations syphilitiques et scrofuleuses sont surtout importantes au point de vue du diagnostic.

Les ulcérations *syphilitiques*, primitives, secondaires, ou tertiaires, ont des caractères particuliers bien connus : bords taillés à pic comme par un emporte-pièce, à contours souvent irréguliers, fond grisâtre, comme pseudo-membraneux, baigné par un liquide sanieux, odeur parfois infecte (*Voy.* SYPHILIS). Mais malgré ces particularités en apparence si nettes, le diagnostic présente souvent des difficultés qui tiennent à ce que des ulcérations vraiment syphilitiques peuvent

ressembler quelquefois à des ulcérations simples, et
syphilitiques peuvent offrir des caractères analogues à
philitiques. Les *aphthes*, les ulcérations qui succède[illegible]
plaques *diphthériques* peuvent simuler ces ulcératio[illegible]
mation qui entoure et qui boursoufle les bords de ces lé[illegible]
paraissent excavées comme les ulcérations dues à la s[illegible]
stitre de l'ulcération syphilitique est une vraie mortificat[illegible]
organiques, tandis que les plaques diphthériques ne son[illegible]
(*Voy.* p. 297). L'emploi du [illegible] serait le meilleu[illegible]
nature des deux lésions. [illegible] cette distinctio[illegible]

Les ulcérations scrofuleuses [illegible] le plus souvent des
(*Voy.* SCROFULES, [illegible]). [illegible] on peut c[illegible]
l'on n'est prévenu, [illegible] en surfac[illegible]
les cas de [illegible] ulcéreuse, av[illegible]
syphilide [illegible]

Conséquences [illegible] des consé[illegible]
graves. Par [illegible] produisent
rhagies [illegible] perforations i[illegible]
le premier [illegible] Comme phén[illegible]
[illegible] constate
[illegible] organes int[illegible]
[illegible] ents et c[illegible]
[illegible] organes : des [illegible]
[illegible] lente, c[illegible]
[illegible]
[illegible] ement s[illegible]
[illegible] le[illegible]
[illegible] ment
[illegible] tifs
[illegible] ées
[illegible]
[illegible] ulcérations ta[illegible]
[illegible] Outre les sy[illegible]
[illegible] d'Alep, le rupi[illegible]
[illegible] cupe les membres
[illegible] les ulcères reb[illegible]
[illegible] etc. On rencontre
[illegible] p. 301), syphilitiques.
[illegible] Mais c'est surtout au niv[illegible]
[illegible] les lésions qui m'occu[illegible]
[illegible]
[illegible] le coryza syphilitique d[illegible]
[illegible] des narines (*Voy.* p. 249)
[illegible] principalement cherchée vers la [illegible]

(*Voy*. p. 249), constitue l'OZÈNE, dont les ulcérations peuvent être
uses, syphilitiques, cancéreuses, ou dépendre de la présence de calculs
ZÈNE); la MORVE produit aussi dans les fosses nasales des ulcérations
ables, qui sont un des principaux signes de la maladie. La diphthérie
iée dans les mêmes cavités est prise quelquefois pour des ulcérations
ques (*Voy*. p. 712).

UCHE.

r a vu une ulcération indurée de la lèvre, produite par la poussière
arsenical, ressembler à s'y méprendre à un chancre induré (*Union*
867). Les ulcérations dues aux aspérités d'une *dent cariée*, les APHTHES,
rations syphilitiques primitives ou secondaires, l'ulcération à fond
avec œdème de la joue qui marque le début de la *gangrène de la bou-*
ulcérations des gencives, de la *stomatite simple* intense et de la *stoma-*
curielle, sont toutes assez reconnaissables pour qu'il n'y ait pas de doute
identité. Mais il n'en est plus de même pour l'affection ou les affections
, chez les enfants ou les adultes, sous les noms de *stomatite diphthé-*
avec ulcération, *stomatite ulcéreuse*, *stomatite ulcéro-membraneuse*
et Barthez), *stomatite ulcéreuse des soldats* (Bergeron). La science ne
it pas encore fixée sur ce point, malgré l'intéressant travail de Ber-
ui ne voit dans ces diverses variétés qu'une seule et même maladie, *bien*
e de la diphthérie (*De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son*
avec la stomatite des enfants, *dite couenneuse*, *diphthéritique*,
nembraneuse, 1859). A propos de la diphthérie (p. 300), j'ai rappelé
tions ulcéreuses qui pourraient être confondues avec elle. Les ulcéra-
la bouche, chez les tuberculeux, ont été bien étudiées par Jalliard
Elles siégent plus fréquemment dans le pharynx, à l'isthme du gosier,
ngue; leur dimension varie de celle d'une tête d'épingle à deux centi-
leurs bords avec le temps deviennent épais et lardacés. Une gêne dou-
, l'engorgement des ganglions, une abondante salivation, accompagnent
sion.

ngue est quelquefois le siége d'ulcérations superficielles, et rebelles,
emploi des antisyphilitiques, et que l'on doit peut-être, pour ce motif,
er comme des accidents éloignés de syphilis. De moins graves sont
ie le docteur Jules Charles (1864) a décrit *dans la coqueluche*. Il dit
icontré ce signe, indiqué par Gamberini, 54 fois sur 100 observations.
cupaient le frein de la langue ou son voisinage, et seraient dues au
nt de la face inférieure de cet organe contre les dents pendant les
; elles pourraient servir, suivant l'auteur, à diagnostiquer la coqueluche
de quintes caractéristiques.

IARYNX.

haryngite ulcéreuse simple s'observe rarement. Elle résulte d'*aphthes*
pés dans le pharynx, d'ulcérations survenues dans la *fièvre typhoïde*,
hthisie pulmonaire. Les *gangrènes* partielles de la muqueuse se
nt par des ulcérations qui succèdent à la chute des eschares.

ce sont surtout les ulcérations syphilitiques, dites aussi *chancres* du
, qui ont de l'importance. Très-rarement primitives, elles constituent
toujours des accidents secondaires ou tertiaires, et se montrent sur
gdales, leurs piliers, sur le voile du palais et les parois du pharynx.
ancres se distinguent des ulcérations qui accompagnent certaines
ries ou la gangrène du pharynx, par leurs caractères spéciaux rappelés
mment, par leur marche lente ou chronique, et par leurs progrès en

tat. Mais le diagnostic est souvent difficile au début, ou pendant la période de réparation du chancre.

Au début, lorsque existe la vésicule ou pustule du chancre d'emblée, et surtout lorsqu'elle est multiple, on peut croire à un *herpès* du prépuce chez l'homme, ou de la vulve chez la femme; et réciproquement, on peut prendre pour des chancres des ulcérations herpétiques comme je l'ai montré à propos de l'HERPÈS (pp. 518 et 519).

Lorsque le chancre induré s'amende au bout de huit à quinze jours de période d'état, s'il est abandonné à lui-même, il peut apparaître comme une *ulcération superficielle*, à fond de niveau avec ses bords par suite de son boursouflement; les bourgeons charnus trop abondants peuvent même faire au dehors une *saillie fongueuse* ou *végétante*, qui pourrait faire méconnaître le chancre si l'on oubliait cette particularité. Chez la femme, certaines plaies à marche envahissante, comme l'*esthiomène* de la vulve, ne sauraient être prises, vu leur marche très-lente, pour des chancres, dont l'évolution est toujours plus ou moins rapide.

On n'oubliera pas que les chancres du prépuce se compliquent quelquefois de *phimosis* ou de *paraphimosis*, et qu'ils peuvent être confondus avec d'autres lésions moins graves. Lasègue a signalé, comme pouvant être prise pour un chancre induré primitif, une « ulcération infundibuliforme plus ou moins profonde, pénétrant dans une base indurée qui a, quoi qu'on en puisse dire, de grandes analogies avec celle du chancre induré primitif mal soigné ou cautérisé avec exagération; » cette ulcération serait due à l'*acné préputiale* qui occupe la rainure du gland et l'une des glandes de Tison, rarement plusieurs (*Traité des angines*, 1868, p. 120).

Ce n'est que par la coïncidence d'autres signes de syphilis que l'on peut regarder comme syphilitiques, chez la femme, les ulcérations du col utérin avec bords saillants et boursouflés; car on les rencontre avec les mêmes caractères dans la *métrite chronique* (*Voy.* p. 642). On n'oubliera pas enfin que des ulcérations aux grandes lèvres, consécutives à la *rougeole*, peuvent être confondues avec des chancres vénériens, comme Alf. Fournier (*Journ. de méd. et chir. prat.*) ainsi que Hiriart et Calvy (*Bull. de thérapeut.*), en ont vu deux exemples en 1867.

II. — Ulcérations indirectement constatées.

Lorsque les ulcérations sont trop profondément situées pour être appréciables à nos moyens d'investigation, on soupçonne leur existence pendant la vie, soit lorsqu'on peut leur rapporter certains phénomènes fonctionnels anomaux ou certaines modifications des excrétions, soit lorsqu'il survient des accidents consécutifs graves (hémorrhagies, perforations, occlusions), que l'on peut attribuer à des ulcérations internes des organes creux.

A. VOIES AÉRIENNES.

Les ulcérations des *fosses nasales* ou du *pharynx* ne sont pas toutes directement visibles. Elles peuvent être situées de telle sorte qu'elles échappent à l'inspection la plus attentive. Le laryngoscope pourra être alors d'une extrême utilité en les faisant découvrir. Il en sera de même dans les cas d'ulcération de la *glotte* ou du *larynx*, qui pourrait n'être que soupçonnée sans l'application de cet instrument. L'emploi de certaines canules après l'opération de la trachéotomie produit des ulcérations aujourd'hui bien connues, grâce à Barthez et H. Roger (*Soc. des hôpit.*, sept. 1858). — Les ulcérations *intra-pulmonaires* sont révélées par les signes de l'existence même des cavernes tuberculeuses ou gangréneuses du poumon.

B. Voies digestives.

Les ulcérations peuvent occuper l'œsophag gros intestin, et être dues aux causes diverse cet article.

a. — Dans l'*œsophage*, il peut se dévelop le fassent communiquer avec le médiastin, même de l'aorte. Cette dernière communicat dans un fait rapporté par W. H. Plower (*Me*

b. — Les ulcérations aiguës de l'*intestin g* le fait même de l'existence d'une fièvre typho pçonner, lorsqu'elles sont chroniques, con à moins qu'une perforation intestinale ne vien et encore est-il possible que la perforation s une ulcération tuberculeuse. Elle est néan puisse rencontrer.

c. — Dans le *gros intestin*, les ulcérations nées dans certaines dysenteries graves, par die, ou bien par le fait de perforations divers cas de phthisie pulmonaire, qui s'accompa iléo-cæcal, par exemple (*Voy.* Cœcum), ou tin, par les progrès d'un *cancer* constaté, ou bles à préciser pendant la vie. Les ulcération être diagnostiquées, lorsqu'il existe une di excrétées sont manifestement *striées de pus*

d. — Quant aux ulcérations de l'*estomac*, culière, car elles constituent à l'état simple une variété particulière de gastrite chronique fondre avec le cancer de l'estomac.

L'*ulcère simple de l'estomac* (*ulcère chr* maladie essentiellement chronique qui, de 1 vaux importants de Cruveilhier, Graves, Je Schmidt, Luton, Bennet, W. Brinton, Ludw

D'après Cruveilhier, la maladie est caracté *faut absolu d'appétit* ou *appétit bizarre ;* *laborieuse ;* malaise ou *douleur sourde* à l'é *la digestion*, *douleur très-vive* au niveau d point correspondant de la colonne vertébrale rapide, *constipation ; nausées, vomissement* brunes, ou de sang pur (*hématémèses*), et nature.

Dans certains cas, il est impossible de déc sans tumeur appréciable ou à un ulcère simp la marche des deux maladies se ressemblent. tralgique, avec ses points xiphoïdien et rachid à l'ulcère simple de l'estomac; elle se retrouv très-différentes. Il en est de même de l'hémor trouve que le diagnostic positif est encore en *l'Hôtel-Dieu de Paris*). Trousseau me paraît l'ulcère simple peut être reconnu dans un bon se montre dans les conditions suivantes : 1° la premier symptôme ou l'un des premiers sympt

er (Cruveilhier); 2° l'âge du malade est trop peu avancé pour que l'on croie cancer; 3° la marche de la maladie n'est pas continue, les accidents s'ar- it parfois complétement pour revenir plus tard; 4° enfin il n'y a pas de s de cachexie, mais au contraire un état général de santé satisfaisant qui impossible s'il existait un cancer stomacal. Hérard, à propos d'une obser- intéressante (*Soc. des hôpit.*, juin 1856), a insisté sur la *marche favo-* de l'ulcère simple de l'estomac comme signe distinctif principal, et sur *rvation du tronc en avant*, qui a été notée également par Hervez de in.

ôté des faits qui présentent ces particularités caractéristiques, il en est, it, dans lesquels la confusion est inévitable. Tel est le cas d'ulcère simple stomac rapporté dans *The Lancet* (décembre 1855), dans lequel une e épaisse de lymphe plastique unissait l'estomac au foie, et avait donné endant la vie a une matité et à une sensation de dureté ou de tumeur à la ion. — On peut croire à une simple *dyspepsie* s'il n'y a pas eu encore atémèse, et s'il n'y a comme symptômes que des douleurs vives et des vo- ments après les repas. — La couleur brune des matières vomies, lors- es ne sont pas franchement sanguinolentes, pourrait donner lieu à une se sur laquelle je crois devoir attirer l'attention. Cette coloration brune en effet, être due non à du sang altéré, mais à la présence de la *sarcine*, été constatée dans des cas de vomissements incoërcibles, et que l'on re- it facilement au microscope (*Voy.* p. 776, *fig.* 186). Lorsque l'on sou- e l'existence de l'ulcère simple de l'estomac, il est donc nécessaire de rcher par ce moyen si la coloration brune des matières vomies tient à la nce de globules sanguins altérés, ou bien à celle du parasite végétal.

aut se rappeler que l'hématémèse est quelquefois mortelle dans l'ulcère e de l'estomac, et que la *perforation* de l'organe est une complication fu- que l'on doit toujours redouter. Heureusement que ces terminaisons sont 'être constantes, et que l'ulcère se cicatrise fréquemment, comme l'a dé- é Cruveilhier. Cependant cette cicatrisation elle-même peut être funeste en ant le pylore et en occasionnant une DILATATION considérable de l'estomac.

AUTRES ORGANES.

s ulcérations développées dans d'autres organes creux, comme les *voies res* ou les voies *urinaires*, ne peuvent être que soupçonnées par le fait perforation (péritonite suraiguë) survenant par suite d'une affection con- ou latente des organes qui composent ces différentes voies organiques. aker (*The Now-Orleans med. news*, 1857) a vu un jeune homme de -deux ans, robuste, succomber à une péritonite suraiguë par perforation vessie due aux progrès d'une ulcération simple qui ne put être constatée rès la mort.

LCÈRE DE COCHINCHINE. — Cet ulcère est encore une de ces lé- qui prennent, dans les pays chauds, des aspects ou des caractères faisant à autant d'affections différentes, et qui ne sont que des formes d'une e lésion. Le Roy de Méricourt (*Arch. de méd. navale*, 1864) a parfaite- démontré qu'il y a identité entre les ulcères dits de Cochinchine, de n ou annamite, de Mozambique, du Sénégal, de la Nouvelle-Calédonie, de yane, la plaie de l'Yémen, qui tous sont des degrés divers de *phagédé- e*. Il y a donc lieu de les réunir avec lui sous la dénomination d'*ulcère gédénique endémique des pays chauds*. Saint-Vel a fait remarquer (*Mal. régions intertropic.*, 1868) que l'on pourrait y comprendre aussi l'*ulcère Antilles*.

URÉE. — L'urée, substance azotée particulière, est un des principes immédiats de l'urine. Résultat de la décomposition des organes qui se lie à la nutrition, elle existe normalement dans le sang, d'où elle est expulsée par les reins avec l'urine. Cependant on a admis que l'urée se forme aussi dans les reins (Beale). Isolée de l'urine par des procédés chimiques trop compliqués pour être habituellement employés dans la pratique, elle se précipite sous forme d'aiguilles longues et soyeuses, et ses cristaux, vus au microscope, forment des prismes à quatre pans, étroits et incolores, *fig.* 275. C'est sous forme d'urée qu'on la trouve dans l'URINE.



Fig 275 — Urée.

URÉMIE. — On entend par urémie une affection qui serait caractérisée par des accidents nerveux graves, principalement *comateux* et plus rarement *convulsifs*, ou délirants, attribués à la présence d'un excès d'urée dans le sang, lorsque cette urée n'est pas éliminée par les reins ou les urines. Or, comme on ne trouve pas d'urée dans l'urine des albuminuriques, et qu'on est forcé d'admettre que cette urée reste dans le sang, il s'ensuit que l'on a qualifié précisément de symptômes urémiques les *accidents cérébraux de l'albuminurie*, et que l'on a admis que les mêmes symptômes, dus à la même cause (l'excès d'urée dans le sang), pouvaient se montrer dans les cas variés de *rétentions* ou d'*infiltrations urineuses.*

Cette théorie de l'urémie, formulée en Allemagne par plusieurs auteurs, et principalement par Frerichs, a été étudiée en France, par Cl. Bernard, J. Picard (*Thèse*, Strasb., 1856), Henri Tessier (*Thèse*, Paris, 1856), Luton, Fr. Mahé (1860), Cavasse (1861), etc.

Une première objection grave a été faite à cette doctrine. C'est que l'urée *injectée dans le sang des animaux ne produit aucun accident nerveux.* Quoique l'on ne puisse conclure des animaux à l'homme, ce fait contradictoire n'en est pas moins très-sérieux, et provoque le doute sur la signification des symptômes cérébraux attribués à un excès d'urée dans le sang. On a expliqué, il est vrai, cette contradiction apparente, en disant que les accidents ne commençaient que lorsque l'urée était transformée dans le sang en carbonate d'ammoniaque, qui agirait seul comme poison. Et, suivant Frerichs, cette intoxication serait démontrée par la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'air expiré par les malades.

Mais l'ammoniaque dans le sang produit-il réellement les accidents dits urémiques? Malheureusement encore pour la doctrine, ce fait fondamental est incertain aussi, puisque J. Picard, qui regarde cependant comme probable l'ingénieuse théorie de Frerichs (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855), a trouvé de l'ammoniaque dans le sang, non-seulement dans l'urémie, mais encore dans *d'autres maladies* (H. Teissier, *Arch. de méd.*, 1856, t. VIII). De plus, le *carbonate d'ammoniaque, injecté dans le sang des animaux*, n'a occasionné ni la mort ni les accidents attribués à l'urémie (Cl. Bernard, *Leçons sur les liquides*, etc., t. II, 1859).

Dans l'état actuel de la science, il est donc impossible d'admettre la théorie de l'urémie. On fait par conséquent fausse route en prenant cette doctrine pour base des interprétations cliniques, de même que la théorie de Treitz (*ammoniémie*) qui se rattache à celle de Frerichs, malgré des différences importantes (Alf. Fournier).

Il faut reconnaître toutefois que les recherches qu'a motivées la théorie de

l'urémie sont loin d'avoir été sans profit pour la science. Je citerai, entre les résultats importants qui ont été obtenus, ce fait mis en lumière par les expériences de Cl. Bernard et Barreswill (*Arch. de méd.*, 1847, t. XIII), que l'ablation des reins (ou le défaut du rejet de l'urée par cette voie, par conséquent) fait éliminer immédiatement l'urée du sang par l'estomac et l'intestin (de même que par les sueurs et la salive) sous forme de sels ammoniacaux (phosphate et lactate). L'urée ne peut, en effet, être en contact avec la muqueuse digestive sans subir cette transformation. Dans des recherches très-intéressantes, Fritz (*Gaz. hebdom.*, 1860) ayant trouvé un certain nombre de lésions intestinales chez des individus morts de la maladie de Bright, et chez lesquels il y avait eu des vomissements et de la diarrhée avec matières ammoniacales, a vu dans ces évacuations, avec d'autres observateurs, des effets de l'urémie. Il faut consulter le travail remarquable d'Alf. Fournier (*Thèse d'agrégation*, 1863) pour avoir un exposé complet de la question aux points de vue théorique et clinique.

La question clinique de l'urémie est importante à connaître, étant observée le plus fréquemment comme complication de la maladie de Bright (*Voy.* p. 143). Elle doit être considérée, avec A. Fournier, comme *une série de symptômes morbides surtout nerveux et digestifs, résultant d'une insuffisance de la fonction urinaire, et paraissant liée à une affection consécutive du sang.*

1° *Éléments du diagnostic.* — L'urémie survient toujours dans le cours d'une maladie, le plus souvent dans la maladie de Bright. L'invasion des accidents tantôt est soudaine, condition du début sur laquelle G. Sée a beaucoup insisté, et tantôt précédée de prodromes. La *céphalalgie* avec *vertiges*, les *troubles de la vue* et les vomissements sont les principaux; plus rarement il y a des spasmes, des palpitations, quelques incohérences de parole, etc. Les symptômes principaux sont les phénomènes cérébraux comateux, convulsifs, délirants; mais dans d'autres cas, ces phénomènes cérébraux ne surviennent qu'à la fin, et ce sont surtout des symptômes du coté de la respiration qui caractérisent l'urémie. Les troubles digestifs s'observent dans toutes les conditions.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le point de départ du diagnostic est dans les phénomènes principaux de l'urémie que nous venons de rappeler, dans la *forme* particulière que présente l'affection. Outre la forme cérébrale, dont je me suis occupé ailleurs à propos de la maladie de Bright (*Voy.* p. 142), il y a la forme *respiratoire* ou *dyspnéique* et la forme *lente.*

La forme *respiratoire* ou *dyspnéique* n'est pas très-rare. Elle a été observée par plusieurs observateurs, par Hérard (*Soc. méd. des hôpit.*, 1867), Parrot, Dumontpallier, etc. Cette forme d'urémie ne dépend nullement d'une lésion des organes respiratoires, inutilement cherchée sur le cadavre; on a dû la rattacher à une *lésion nerveuse*, comme l'a fait Bright lui-même. Il survient subitement une difficulté, une anxiété respiratoires, qui vont quelquefois jusqu'à une orthopnée excessive, avec intégrité des organes respiratoires, s'expliquant par une contraction imparfaite du diaphragme (Pihan-Dufeillay). La raucité de la voix et l'inspiration sifflante, bruyante, croupale, qui accompagnent la dypsnée, ont pu faire croire à une lésion du larynx (G. Sée, Wilks), et deux fois, suivant Christensen, la trachéotomie a été pratiquée inutilement.

Il y a ensuite la *forme lente*, à marche continue, et qui débute par une langueur physique et intellectuelle, puis se caractérise par de la céphalalgie, des migraines, par des troubles des sens et surtout de la vue, par une langueur somnolente, puis par un coma progressif. Rarement il y a des convulsions et du délire. Les troubles de la vision présentent cette condition caractéristique qui



…ernes qu'externes, et même un véritable *purpura hémorrhagique*. La forme …spnéique de l'urémie serait celle qui s'accompagnerait principalement de ces …cidents, suivant Latay (*Thèse*, 1865).

3° *Pronostic*. — Quant au pronostic, on peut dire que l'urémie est mortelle …ns ses différentes formes. On voit quelquefois, il est vrai, chez les albuminu…ques, des phénomènes (principalement gastro-intestinaux) qui paraissent être … nature urémique et qui disparaissent; mais on ne peut être sûr qu'il s'agisse … pareils cas d'une véritable urémie.

URETÈRES. — Profondément situés dans l'abdomen sur les côtés de la …lonne vertébrale et dans la profondeur du bassin, les uretères ne sont pas …cessibles à l'exploration, même lorsque leur volume est considérablement …gmenté par leur distension (Rayer). Lorsqu'il existe un obstacle au cours de …urine dans le parcours de l'un de ces conduits, cette distension peut pourtant …nner à l'uretère le volume du gros intestin (*Voy*. TUMEURS, p. 1045). C'est là … reste sa principale affection, qui est le plus souvent due à l'arrêt d'un gra…er ou d'un calcul. Gigon (d'Angoulême) a démontré que l'uretère présentait …eux rétrécissements et deux renflements alternatifs, qui expliqueraient les …xacerbations et les rémissions des attaques de coliques néphrétiques, les exa…erbations se produisant au moment du passage du calcul au niveau des parties …s plus étroites, et les rémissions dans la condition opposée. Caillat (*Union …éd.*, 1856) a publié une observation qui semble confirmer cliniquement le …it anatomique.

URÈTRE. — Ce canal, qui est le siége de la *blennorrhagie*, peut pré…enter, chez l'homme, une résistance sensible à la palpation lorsqu'il existe …ans son intérieur un *chancre induré* (*Voy*. p. 1074), ou lorsqu'un gravier s'y …rouve arrêté. L'urètre est surtout le siége de *rétrécissements* fréquents, que …e n'ai pas à examiner. Enfin, en laissant écouler l'urine, il donne très-rare…ment passage en même temps à des gaz, qui révèlent l'existence d'une *fistule …ésico-intestinale* (Sturm, *Deutsche Klinik*, 1854), ou bien la putréfaction du …ang qui peut séjourner dans la vessie.

URÉTRITE. — *Voy*. BLENNORRHAGIE.

URINAIRES (Appareil, voies, organes). — Les organes urinaires com…prennent : 1° les REINS, organes sécréteurs de l'urine; 2° les *calices* et les …*assinets*, l'URETÈRE et le canal de l'URÈTRE, qui sont les voies d'excrétion du …iquide urinaire; 3° la VESSIE, qui en est le réservoir. Je renvoie le lecteur aux …rticles particuliers qui ont été consacrés à ces différents organes, sauf aux …calices et aux bassinets, dont les maladies et les signes qu'on y rencontre sont …exposés aux mots PYÉLITE et RÉTENTIONS (hydronéphrose).

URINES. — Déjà, dans un assez grand nombre d'articles, j'ai traité des caractères de l'urine et de leur signification dans une foule de conditions pathologiques; je me suis également occupé ailleurs des particularités qui se rattachent à l'émission des urines (*Voy*. MICTION). Je n'ai qu'à coordonner l'ensemble de ces données pratiques et à les compléter.

L'urine normale est un liquide exclusivement excrémentitiel, entraînant hors de l'organisme quatre sortes de produits : 1° l'*eau* en excès dans le sang ; 2° les *principes azotés* qui résultent du mouvement de nutrition, et qui sont éliminés sous forme d'acide urique et d'urates ; 3° les *sels*, qui ont la même origine; 4° les substances non assimilables qui ont pénétré accidentellement dans l'organisme, et auxquelles on peut ajouter les corps *qui se sont formés* dans l'organisme.

Les signes fournis par l'urine sont physiques ou chimiques, et, à ce doi…

point de vue, ses variations sont très-nombreuses, sans cependant avoir toutes la même valeur séméiologique.

A. Caractères physiques de l'urine.

La quantité, la couleur, l'odeur et la consistance de l'urine sont, avec les caractères physiques que fournissent les dépôts ou sédiments, les seuls qui aient quelque importance. La saveur, d'ailleurs trompeuse, du liquide urinaire ne saurait être utilisée dans la pratique.

1° La *quantité* des urines rendues varie suivant une foule de circonstances, et principalement selon la quantité des boissons ingérées, selon l'humidité plus ou moins grande de l'air, et surtout suivant la température de l'atmosphère. Dans les temps froids comme dans les temps de pluie ou de brouillard, la quantité de l'urine est augmentée, parce que les poumons et la peau excrètent moins de vapeur aqueuse. On doit, à mon avis, ajouter que, dans les temps humides, l'air inspiré fait sans doute pénétrer plus d'humidité dans le sang (Voy. Polyurie).

Lorsque la quantité normale de l'urine paraît diminuée ou augmentée, on peut s'en assurer d'une manière précise en mesurant cette quantité d'après les urines recueillies dans les vingt-quatre heures, ainsi que l'ont conseillé Chossat et Becquerel, et en comparant leur masse à celle de l'état normal, qui varierait d'un à trois litres dans l'état de santé.

L'excrétion exagérée d'urine, à laquelle on a donné le nom de *diurèse*, constitue quelquefois le phénomène terminal ou critique d'une crise nerveuse, comme dans l'hystérie, où un litre d'urine claire et pâle peut être rendu à la fois. Mais c'est surtout lorsqu'elle est habituelle que la diurèse a de l'importance, car on a affaire alors à la polyurie avec ou sans glycosurie. La quantité d'urine émise alors peut atteindre cinq à seize litres et plus par vingt-quatre heures.

Quant à la diminution de sa quantité normale, on n'a guère à s'en préoccuper que dans les maladies aiguës fébriles, pendant lesquelles la sécrétion urinaire peut réellement être très-diminuée : dans la fièvre jaune, le choléra (où elle est supprimée), et dans les affections des organes urinaires sans oblitération des voies urinaires (néphrite aiguë), ou avec obturation des voies parcourues par l'urine. Dans ce dernier cas, c'est l'urine *émise* qui est plus ou moins diminuée ou supprimée ; mais sa sécrétion peut continuer au niveau des reins, et son accumulation en amont de l'obstacle produire des désordres plus ou moins graves (*Voy.* Rétentions).

2° La *couleur* de l'urine a été l'objet, en Allemagne, d'un grand nombre de recherches minutieuses dues à Virchow, Vogel, Muller, Falck, etc., recherches qui ont fait préconiser des *colorimètres* de l'urine ; des tables spéciales des couleurs de ce liquide ont même été dressées. La pratique n'a pas encore à profiter de ces recherches, qui ont amené à conclure, entre autres propositions, que l'urine normale doit sa couleur jaune ou rouge à un pigment ayant son origine dans l'*hématine* (Falck, Vogel).

Quoi qu'il en soit, la couleur de l'urine, qui est très-variable, a une valeur séméiologique réelle. Cette couleur peut être jaune très-pâle, jaune clair, jaune, jaune rougeâtre, rouge, brune, noire, bleue, ou avoir un aspect lactescent.

L'urine est *pâle*, *aqueuse*, dans les maladies nerveuses, dans l'hystérie principalement, dans l'anémie, dans les convalescences déjà avancées. Ce sont les urines dites *anémiques* par Becquerel. — Elle est plus ou moins *rouge* ou *rouge jaunâtre* dans toutes les affections fébriles, ce qui tient, selon Vogel, à ce que le liquide urinaire contiendrait plus de matière colorante, d'une manière absolue. — Les urines *brunes* ou *noirâtres* doivent ordinairement cette couleur

du sang (maladies hémorrhagiques) ou à une grande quantité de bile (*Voy.* èvre JAUNE), qui, en quantité moindre, donne au liquide urinaire une couleur lus ou moins safranée, teignant en jaune serin les parois du vase dans lequel n l'agite. La *rhubarbe* et le *séné*, administrés à l'intérieur, donnent également ne couleur jaune à l'urine. Les urines peuvent aussi devenir *noires* par leur efroidissement s'il existe un *cancer mélanotique* interne (*Voy.* MÉLANÉMIE). — L'urine est quelquefois franchement *rouge* lorsqu'elle contient du sang qui 'a pas été altéré par son séjour dans les voies urinaires, mais il faut s'en assurer l'aide du microscope, en recherchant les globules sanguins; car la couleur ouge pourrait tenir à la présence de l'*acide rosacique*. Cet acide n'est que de a matière colorante fixée sur de l'acide urique, et plus souvent sur un dépôt l'apparence amorphe d'urate de soude. On trouve fréquemment cet acide rosacique des urines dans le cours du rhumatisme articulaire aigu (Méhu). — Les urines *laiteuses* (*galacturie*, *chylurie*) doivent cet aspect à la présence de la graisse en émulsion, *fig.* 276. On les observe principalement dans les pays chauds; et lorsque leur apparition a été précédée de pissement de sang, ou bien alterne avec l'hémorrhagie, on a affaire à l'hématurie des régions tropicales (*Voy.* NÉPHRORRHAGIE). — Enfin l'urine présente rarement, au moment de l'émission, ou plutôt après avoir été exposée à l'air, une *coloration bleue*, *violette*, *brune* ou *noirâtre* qui tient à la présence d'une matière colorante que l'on a nommée *uroglaucine* (Heller), *cyanourine* (Braconnot), *urocyanine* (Martin), *purpurine* (Golding Bird), *fig.* 299 et 300. Pour la plupart des auteurs allemands qui se sont livrés à des recherches très-multipliées sur l'urine, cette substance bleue, qui forme quelquefois de petits cristaux en fines aiguilles de longueur variée, et qui n'est par conséquent pas un pigment, a été rapproché de l'indigo (Hassall, *Philosophic. Magaz.*, 1853); mais l'on n'est pas d'accord sur les conditions pathologiques de sa formation. Virchow a fait remarquer que, de même que pour les autres matières colorantes de l'urine, on trouve habituellement cette substance dans une urine riche en acide urique. Dresser a constaté la coloration bleue dans l'albuminurie (*Arch. für path.*, 1854). Gubler, après avoir signalé les urines bleues dans le choléra, les a retrouvées dans d'autres maladies (*Soc. des hôpit.*, mai 1859). Enfin on a trouvé que la matière colorante bleue était une fois, non une substance analogue à l'indigo, mais du *prussiate de fer* (bleu de Prusse), chez un hydropique prenant de l'*éthiops martial*.

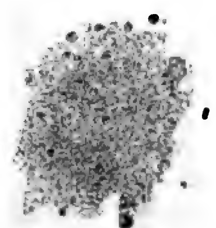
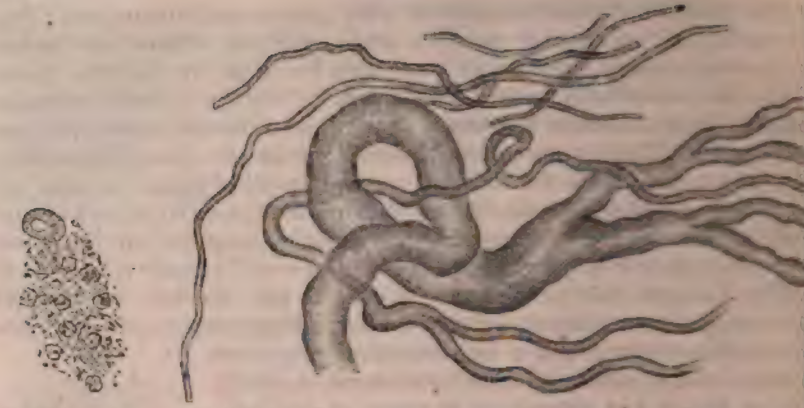


Fig. 276. — Corpuscules du chyle et granules moléculaires de l'urine chyleuse vus au microscope (L. Beale).

D'autres colorations accidentelles de l'urine peu importantes, mais nécessaires à connaître, sont celles qui sont dues au passage dans l'urine des matières colorantes, non-seulement de la rhubarbe et du séné dont il a été question plus haut, mais encore du sulfate d'indigo, de la gomme gutte, de la casse, de la garance, du bois de Campêche, des betteraves, des baies d'airelle, de mûres, de merises.

3° L'*odeur* de l'urine est altérée dans les maladies. Elle est quelquefois ammoniacale et trouble au moment de son émission, ou après son refroidissement et son repos, ce qui est dû, dans les deux cas, à la décomposition putride des matières azotées de l'urine et presque exclusivement de l'urée. L'odeur exhalée par l'urine révèle quelquefois la pénétration dans l'économie de certaines substances, de médicaments ou d'aliments particuliers : l'essence de térébenthine (qui donne à l'urine une odeur de violette), l'inhalation du sulfure



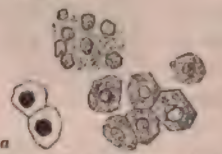


Fig. 277. — Mucus d'une urine saine.

Fig. 278. — Moules consistant en mucus de la partie droite des tubes ... (L. Beale).

Fig. 279. — Epithélium rénal. — *a*, cellule traitées par l'acide acétique.

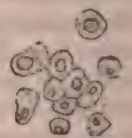


Fig. 280. — Epithélium du bassinet et du rein (Beale).

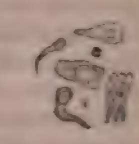


Fig. 281. — Epithélium ... l'uretère (L. Beale).

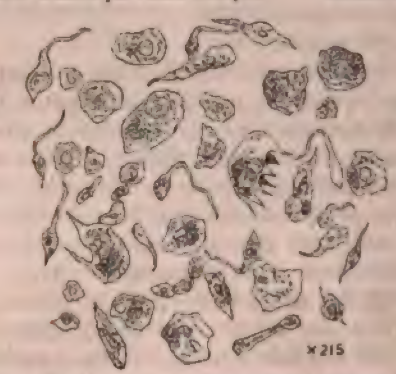


Fig 282. — Formes différentes d'épithélium de la vessie.

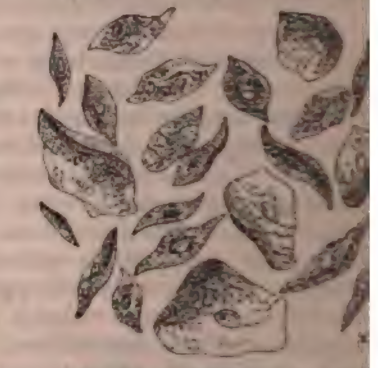


Fig. 283. — Epithélium du vagin.

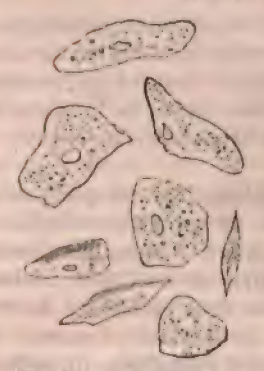


Fig. 284. — Epithélium du vagin.



Fig. 285. — Moules de tubes séminaux dont ... un grand nombre de spermatozoaires (L. Beale).



Fig. 286. — Moules urinifères.

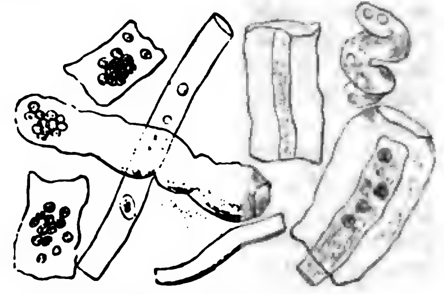


Fig. 287 — Exsudats du rein (néphrite aiguë).



Fig. 288. — Exsudats du rein (néphrite aiguë).

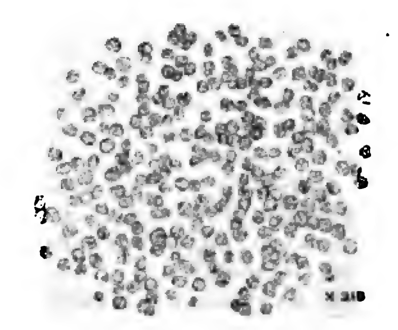


Fig. 289. — Globules de pus.

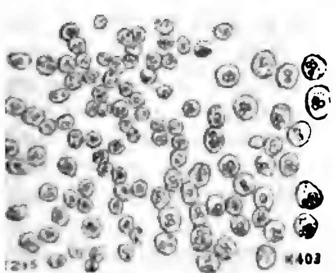


Fig. 290. — Leucocytes traités par l'acide acétique.

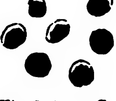


Fig. 291. — Corpuscules de pus altérés.

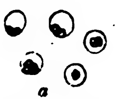


Fig. 292 — Les mêmes, traités par l'acide acétique.

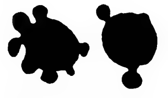


Fig. 293. — Formation des globules de pus.

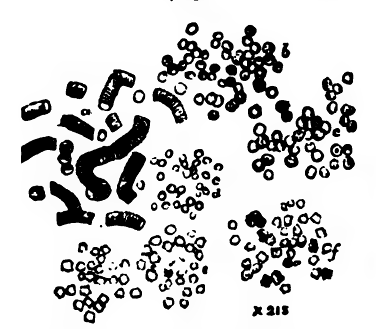


Fig. 296. — Corpuscules sanguins. — *a*, *b*, *c*, normaux. — *d*, *e*, *f*, corpuscules trouvés dans l'urine. — *e*, *f*, altération des globules ; ils sont rétractés, leurs parois sont crénelées.

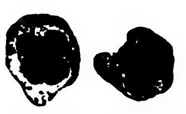


Fig. 294. — Formation des globules de pus (mucus vaginal).

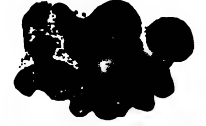


Fig. 295. — Globules de pus en voie de formation.

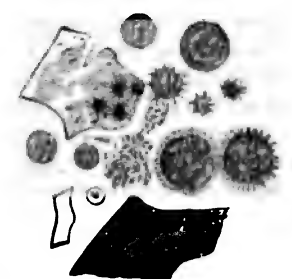


Fig. 297. — Urate de soude.

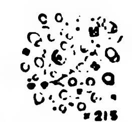


Fig. 298. — Sporules de champignon, ressemblant à des corpuscules sanguins, et provenant d'une urine acide.

de carbone chez les ouvriers en caoutchouc, celle des vapeurs de genièvre, l'ingestion de la valériane, l'assa fœtida, le castoréum, le safran, l'ail, les asperges. De Beauvais croit avoir remarqué que, dans la maladie de Bright, l'odeur des urines n'est plus influencée par la térébenthine ou par les asperges.

4° La *consistance* de l'urine est d'autant moins grande qu'elle est plus aqueuse et moins colorée, et *vice versa*. On apprécie sa densité à l'aide des aréomètres (*urinomètres* divers), parmi lesquels il faut préférer les aréomètres gradués comme densimètres, c'est-à-dire indiquant d'emblée, par les deux derniers chiffres, la densité. Les pèse-lait gradués dans les mêmes conditions ont une course suffisante pour qu'on puisse souvent s'en servir comme pour les urines (Méhu). Lorsqu'on trouve cette densité supérieure au chiffre normal (qui varie entre 1005 et 1030), et que l'urine est en même temps abondante et à peine colorée, on doit soupçonner qu'elle contient de la GLYCOSE. Sa pesanteur spécifique peut encore être augmentée, malgré son peu de coloration, par la présence d'une grande quantité d'urée, comme l'a démontré l'analyse chimique. Mais il ne faut pas oublier que ce sont les sels minéraux qui surtout contribuent à la densité.

5° *Sédiments*. — Les caractères microscopiques de l'urine sont souvent indispensables à rechercher lorsqu'il s'agit de distinguer les uns des autres les sédiments que l'urine laisse déposer par le refroidissement, leur premier aspect pouvant être trompeur.

Parmi les sédiments, qui ont des caractères visibles à l'œil nu ou à l'aide du microscope, et qui, à ce dernier point de vue, ont été bien étudiés par Robin et par Beale, il en est d'abord un certain nombre dont les éléments sont fournis par les organes urinaires et entraînés par l'urine (*Voy*. p. 1084 et 1085, *fig*. 277 à 297, empruntées à Beale, comme la plupart des figures suivantes). C'est en premier lieu le *mucus* sous forme de dépôts nuageux plus ou moins visqueux et denses (*Voy*. MUCUS), dont la transparence peut être plus ou moins diminuée par des *cellules épithéliales pavimenteuses* venant de la vessie et de l'urètre, ou par des *globules de pus* provenant de la muqueuse des voies urinaires (cystite, pyélo-néphrite) ou des collections purulentes qui s'y font jour. Ces trois éléments, mucus, cellules, pus, se rencontrent fréquemment en quantité variable, avec tous les autres dépôts urinaires. Du mucus uni à des sels composent la pellicule irisée (*cremor urinæ*, kyestéine) qui recouvre l'urine après deux ou trois jours de repos, et qui a été indiquée à tort comme un signe précoce de grossesse (*Voy*. p. 584). Des *globules sanguins* (*Voy*. p. 948 et *fig*. 296), et plus rarement des *cylindres* provenant des tubes urinifères (*Voy*. *fig*. 285 et 286, et pages 33 et 34), sont encore des éléments fournis par les organes.

Quant aux éléments des sédiments qui proviennent de l'urine même, ce sont : 1° l'*urate de soude* avec des traces d'urates d'ammoniaque et de potasse, quelquefois d'urates de chaux et de magnésie, *fig*. 78 et 90, formant une fine poussière à grains *sphéroïdaux* de 0mm,001 à 0mm,005, et dont la couleur varie du blanc au jaunâtre, au blanc rosé et même au rouge, par suite de l'addition de quantités variables de la matière colorante de l'urine (*acide rosacique*, *urosacine*, *purpurine*, *uroglaucine*, *indigo*, *fig*. 299 et 300), ce qui a fait confondre quelquefois ce sédiment avec du *pus* ou avec du *sang*; 2° les *phosphates de chaux* et *ammoniaco-magnésien* (*Voy*. *fig*. de la p. 463), rencontrés surtout dans les cas de *calculs* de même nature, et dans l'*ostéomalacie*; 3° l'*acide urique* (*Voy*. *fig*. p. 462), et les *urates* formant des dépôts

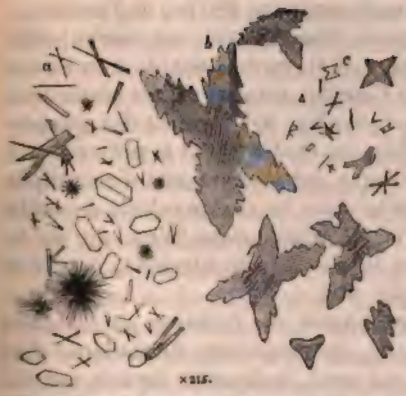


Fig. 299. — Cristaux d'indigo. — *a*, cristaux obtenus par sublimation. — *b*, larges cristaux groupés. — *c*, petits cristaux.



Fig. 300. — Cristaux d'uroglaucine. — *a*, masses granuleuses bleues. — *b*, masses sphériques. — *c*, cristaux d'uroglaucine, d'un pourpre violet.



Fig. 301. — Acide hippurique (L. Beale).

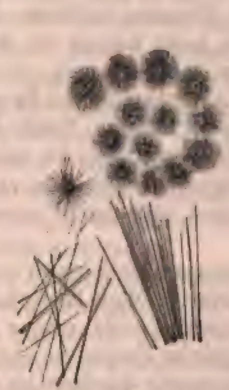


Fig. 302. — Tyrosine (L. Beale).



Fig. 303. — Tyrosine.

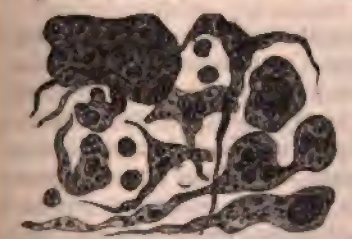


Fig. 304. — Cellules cancéreuses trouvées dans l'urine d'une malade atteinte de cancer de la vessie.

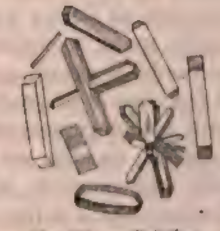


Fig. 305. — Créatine.

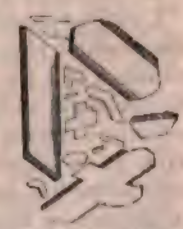


Fig. 306. — Inosite.



Fig. 307. — Sporules de *fungus*, *vibrions* (L. Beale).

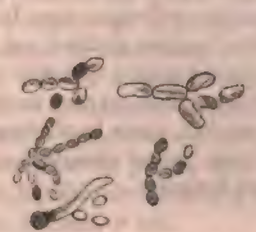


Fig. 308. — Sporules de penicilium glaucum croissant (L. Beale).



Fig. 309. — Sporules couverts de petits cristaux d'oxalate de chaux (L. Beale).

de couleur rouge brique, par suite d'une simple excitation fébrile, de l'existence de calculs, de la goutte, etc., et se mélangeant fréquemment aux autres sédiments; 4° l'*oxalate de chaux* (*fig.* de la page 464), reconnaissable à sa forme octaédrique, et observé après l'ingestion de l'oseille, avec des pertes séminales ou la dyspepsie (Gallois); 5° l'*acide hippurique*, *fig.* 301, formant des groupes de cristaux en aiguilles ou prismes irradiés ou étoilés, dont la présence ne suffit pas pour constituer une maladie, puisque cet acide résulte d'un simple trouble de nutrition; 6° la *cystine*, rencontrée dans les cas de calculs de cette espèce, et ordinairement associée à l'urée et à l'acide urique (*Voy. fig.* des p. 465); 7° enfin je dois mentionner encore la *leucine*, la *tyrosine*, *fig.* 302 et 303, la *créatine*, *fig.* 305, et l'*inosite*, *fig.* 306.

L'urine peut laisser déposer, immédiatement après son émission, du sable et des graviers provenant des reins (GRAVELLE), des fragments d'hydatides, des grumeaux de matière *tuberculeuse*, etc., qui sont quelquefois fournis par le même organe, ou par les organes voisins, des cellules cancéreuses, *fig.* 304, et des sporules diverses, des vibrions, *fig.* 307, 308 et 309.

Les produits contenus accidentellement dans l'urine et qui ne peuvent provenir ni des organes urinaires, ni des éléments habituels de l'urine, sont le *sperme* (*Voy.* PERTES SÉMINALES), des *poils* fournis par des kystes pileux du bassin, des *débris de fœtus* (grossesse extra-utérine), et enfin des parasites animaux (*Voy.* p. 365) et végétaux. La recherche, en Égypte, des ovules du *distome hæmatobie* (p. 366) pourrait, selon Davaine (*Traité des Entoz.*, p. [illegible]) révéler la présence de ce ver, qui se développe dans les veines des parois de la vessie, en donnant lieu à de l'hématurie et à des troubles plus ou moins graves du côté des organes urinaires. Les ovules agglomérés constituent quelquefois des noyaux de graviers.

On peut tirer parti de ces données dans un assez grand nombre de maladies. Rayer a fait remarquer que le dépôt urinaire, dans la *néphrite goutteuse*, est presque entièrement composé de cristaux d'acide urique chez les goutteux (*Voy.* GOUTTE), tandis que, dans la néphrite simple, le sédiment est généralement formé de poudres amorphes de phosphate de chaux ou d'urates, et de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

B. CARACTÈRES CHIMIQUES DE L'URINE.

L'analyse chimique complète de l'urine n'est pas une méthode d'investigation diagnostique plus praticable au lit du malade que l'analyse du sang. Mais la chimie n'en a pas moins rendu de grands services à la clinique en permettant de constater, à l'aide de réactions et de procédés assez simples pour être usités, certains éléments contenus pathologiquement dans l'urine. La présence de certains de ces éléments anomaux, en effet, est un signe d'affections graves et par cela même très-importante à reconnaître; or, ces affections pourraient passer inaperçues ou être confondues avec d'autres maladies, ce que les procédés en question empêchent heureusement.

On constate facilement l'*acidité* de l'urine (qui est son état habituel), son *alcalinité* ou son état *neutre*, à l'aide du papier de tournesol ou du sirop de violettes. L'urine devient alcaline accidentellement sous la simple influence de l'ingestion d'eau de Vichy ou d'autres liquides alcalins, par suite d'abus de fruits ou d'un régime végétal, ou par la transformation de l'urée en sels ammoniacaux. Elle est d'a[illegible]lus acide que l'alimentation est plus azotée. Mais on a dû conclure, de[illegible]s nombreuses qui font varier la réaction alcaline ou acide de l'urine, [illegible]t pas attacher une valeur absolue à ces réactions, comme on l'ava[illegible] pour certaines maladies.

Je n'ai pas à décrire les procédés qui ont pour objet de constater dans l'urine la présence de l'ALBUMINE ou de la GLYCOSE ; des articles étendus ont été consacrés à ces deux éléments importants de diagnostic, ainsi qu'à l'ALBUMINURIE et à la GLYCOSURIE, qui complètent les précédents. Des moyens d'exploration chimique aident aussi à constater la présence du *pus* (*Voy.* p. 31), ou de la bile dans le liquide urinaire. A propos de la présence de la bile, ou plutôt de sa matière colorante, appelée aussi *pigment biliaire*, j'ai à compléter ce que j'ai dit de sa recherche (*Voy.* p. 125 et 544).

On peut employer le chloroforme comme réactif, à l'exemple de Cunisset, qui, à 40 ou 50 grammes d'urine contenant la matière colorante de la bile, ajoute 5 à 6 grammes de chloroforme. Le mélange étant agité, prend une belle couleur jaune (*Arch. de méd., nov.* 1865). — Jaccoud a employé un procédé qu'il dit extrêmement sensible, et qui donne des résultats quand les autres procédés n'en fournissent pas. C'est une modification du procédé habituel avec l'acide azotique ordinaire, auquel il substitue l'*acide azotique monohydraté fumant*. Une seule goutte de cet acide ajouté avec une baguette de verre aux couches supérieures du liquide urinaire, dans le verre à expérience, gagne le fond entraînant avec elle une quantité de matière verte dont l'abondance est en raison directe de la proportion du pigment biliaire contenu dans l'urine. Si cela est nécessaire, une seconde goutte est ajoutée, sans que l'on soit jamais obligé de dépasser trois ou quatre gouttes. Si l'on en met davantage, on obtient une teinte d'un vert noir que l'on ramène à un belle couleur vert pré en ajoutant de l'eau (*Clin. méd.*, 1868, p. 846). — Heller, qui a recours comme réactif à l'acide azotique ordinaire, ajoute d'abord une petite quantité d'albumine à l'urine, en couvre le fond d'une assiette blanche, et obtient des flocons verts élégants en y versant quelques gouttes d'acide azotique.

L'analyse chimique a appris que certaines substances introduites dans l'économie ne peuvent pas se retrouver dans l'urine ; que d'autres s'y retrouvent décomposées ; et enfin qu'il en est qu'on y constate en nature, comme les matières colorantes que j'ai rappelées précédemment. L'arsenic et l'antimoine (Orfila), le mercure (Cantu), l'iode, le fer, le plomb, le sulfate de quinine, sont éliminés par les urines.

Les traces de *fer* qui passent par l'urine chez les malades qui font usage de ferrugineux donnent une teinte noire au liquide urinaire, si on le traite par la *noix de galle*. — Pour la recherche du *plomb*, l'on fait d'abord prendre au sujet 25 à 30 centigrammes d'*iodure de potassium* trois fois par jour; puis un morceau de *sulfure de potassium*, contenu dans un linge assez épais est laissé dans l'urine pendant cinq minutes. S'il existe du plomb dans le sang, il a été transformé en iodure de plomb par l'iodure de potassium et éliminé par les reins; cet iodure de plomb, en contact avec le sulfure de potassium contenu dans l'urine est rapidement décomposé, et il se forme du *sulfure de plomb noir* insoluble qui reste dans le linge (Reeves, *Austral. méd. Record*, 1861). — Les *iodures*, comme l'iodure de potassium, se constatent en humectant avec l'urine du papier blanc collé, et en versant sur la couche de liquide une goutte d'acide nutrique qui s'empare de la potasse en mettant à nu l'iode qui produit une coloration bleue en se combinant avec l'amidon du papier. Degauquier (*Bull. de Thérapeut.*, 1864) a signalé le sulfure de carbone comme le réactif le plus sensible de l'iode et des iodures contenus dans les liquides, et en particulier dans l'urine. Pour 5 grammes de liquide à analyser, on ajoute 2 à 5 gouttes d'un mélange composé de parties égales d'acide nitrique pur à 36°, et d'hypochlorite de chaux liquide concentré ; si le liquide est incolore et contient

un iodure, il prend une teinte jaunâtre. Et si ensuite on y verse 2 ou 3 grammes de sulfure de carbone, en agitant vivement le mélange, le liquide se trouble pour peu qu'il contienne d'iode, et des gouttelettes rosées se rassemblent sur les parois du tube, puis gagnent le fond, où elles forment une couche plus ou moins épaisse. Le *sulfate de quinine* donne un précipité jaune orangé, couleur de cannelle, lorsqu'on traite l'urine par quelques gouttes d'*iodure de potassium ioduré*.

L'ébullition de l'urine avec des acides minéraux, mais surtout avec l'acide chlorhydrique, rend plus sensible ou révèle la coloration bleue de l'urine dont il a été question. Mais il suffit, selon Gubler, d'ajouter à l'urine de l'acide azotique goutte à goutte et en grande quantité pour produire cette coloration. — L'acide azotique suffit également pour obtenir, dans le cas de cancer mélanique, le précipité noir dont il a été question.

L'ébullition et l'acide nitrique sont, comme il a été dit à propos de l'ALBUMINE (p. 27), les moyens de distinguer cette dernière des précipités salins, et par conséquent de constater la présence des *carbonates*, et des *phosphates*, si abondants chez les sujets atteints de RACHITISME ou d'OSTÉOMALACIE.

Traitée par l'éther, l'urine chyleuse ou laiteuse devient transparente, si cet état est dû à des matières grasses, comme c'est l'ordinaire ; et si l'éther employé est soumis à l'évaporation sur un verre de montre, il y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse (Rayer). — L'ammoniaque rend *cramoisie* la couleur orange que la rhubarbe donne à l'urine ; le même réactif produit une teinte *pourpre* s'il y existe des principes de la santoline et une teinte *brune rougeâtre* si c'est du séné.

URTICAIRE. — L'urticaire est un exanthème qui présente les caractères suivants :

1° *Éléments du diagnostic.* — Tantôt il y a *absence de fièvre* initiale, et tantôt le début est marqué par quelques heures ou quelques jours de *symptômes fébriles*, avec *douleurs épigastriques, nausées, lypothymies*; puis l'on voit survenir des *démangeaisons*, parfois insupportables, et une *éruption* caractérisée par des plaques saillantes, irrégulières, d'étendue variable, à contours arrondis, durs et bien limités. Tantôt elles sont roses ou rouges, tantôt plus pâles que la peau environnante, isolées ou confluentes, et elles occupent diverses parties du corps ou presque toute l'étendue du tégument, parfois même la *muqueuse buccale* (Koch, Lasègue). La durée de cette éruption est communément de quelques minutes ou de quelques heures, et son apparition peut se faire irrégulièrement dans un point, puis dans un autre. Quelquefois il y a, à son niveau, ou au niveau des *articulations*, un gonflement qui gêne les mouvements. D'autres fois il se joint de l'*érythème* à l'urticaire, et il en résulte une *desquamation que l'urticaire ne produit pas par elle-même*.

2° *Inductions diagnostiques.* — Il n'y a pas d'éruption qui puisse se confondre avec l'urticaire ; il faut observer bien légèrement pour prendre cette affection pour une rougeole, ainsi que j'en ai vu un exemple. On doit, en outre des caractères propres à l'éruption, tenir compte de l'*évolution* et des *conditions étiologiques* de l'urticaire, qui sont bien de nature à confirmer le diagnostic.

L'urticaire peut débuter par la peau, ou par les muqueuses, d'où l'*urticaire gutturale* de Lasègue (*Traité des angines*, 1868). Sensation de sécheresse brûlante à la gorge, rougeur ardente de la muqueuse, déglutition modérément douloureuse : tels sont les symptômes qu'il lui assigne. Il survient plus tard des troubles gastriques, qui seraient la conséquence d'une propagation de la phlegmasie à l'œsophage et à l'estomac, de même qu'elle peut s'étendre au nez

aux yeux, et au larynx, où elle détermine des petites quintes de toux sèche. Quand l'urticaire débute par la peau, elle s'étend ensuite rarement aux muqueuses.

On rencontre cette affection principalement chez les enfants, les jeunes gens et les femmes, surtout lorsque la peau est si fine et si délicate qu'il suffit d'un frottement un peu fort, ou d'une piqûre de puce, comme je l'ai plusieurs fois observé, pour produire des plaques d'urticaire. Le printemps et l'été semblent favoriser son apparition ; mais les causes les plus ordinaires sont l'*ingestion de certains aliments :* viande de porc, champignons, amandes, miel, concombres et surtout, chez des individus prédisposés, des *moules*, des *écrevisses*, du *homard*, et les *œufs* de certains poissons. L'ingestion de l'*opium* est quelquefois suivie d'urticaire. Enfin le contact des feuilles de l'*ortie dioïque* et celui de certaines *chenilles* produisent aussi une urticaire locale et éphémère. Scanzoni a vu deux fois, chez une dame âgée de 34 ans, une application de sangsues sur le col utérin être immédiatement suivie de fièvre avec délire, et, une demi-heure après, d'une éruption d'urticaire qui persista pendant deux jours, et fut suivie de desquamation.

Il faut aussi tenir compte, pour le diagnostic, des *formes* différentes que peu présenter cette affection. — Elle peut être *intermittente*, soit par le retour périodique des plaques, comme H. Bourdon, avec d'autres observateurs, en a rencontré un exemple (*Soc. méd. des hôp.*, 1866), soit parce que ce retour coïncide simplement avec des accès de fièvre intermittente. — Trousseau a connu une jeune femme de vingt ans qui, pendant la période d'invasion d'une fièvre urticaire, avait été prise d'accidents nerveux de la plus grande gravité; elle était frappée d'une profonde stupeur, avec paralysie des extrémités inférieures, et anesthésie (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I). — On a appelé *urticaria tuberosa* une espèce d'urticaire plus grave, dont la marche est chronique et la durée parfois de plusieurs années. L'éruption est ici constituée, non par de simples plaques superficielles, mais par des *nodosités* que l'on sent occuper le derme, et qui occasionnent une gêne et une tension considérables, avec fièvre intense et de l'abattement. Dans des cas rares même, aux indurations se joignent des *ecchymoses*, un *gonflement énorme*, une *gêne extrême des mouvements*, de l'*agitation*, de la *suffocation*. — L'urticaire dite *evanida* a aussi une marche chronique, ordinairement de deux mois environ; les *plaques*, irrégulières et ordinairement allongées, se montrent et disparaissent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Graves a signalé (comme je l'ai indiqué déjà à propos de l'HÉPATITE et de l'ARTHRITE) la coïncidence de l'urticaire avec ces affections ; cette triple coïncidence ne serait pas très-rare, selon Graves, qui l'aurait observée huit ou neuf fois. L'urticaire complique quelquefois le *lichen*, ou plutôt ajoute son éruption à celle du lichen ; il en résulte des papules arrondies, bien moins étendues que dans l'urticaire simple, moins saillantes, plus foncées en couleur, et beaucoup plus résistantes sous le doigt. Aux environs, on trouve ordinairement les véritables papules du lichen. — La marche aiguë de l'érythème noueux ne permettra pas, comme le fait remarquer Cazenave, de confondre cette affection avec l'*urticaria tuberosa*, qui est chronique.

3° *Pronostic.* — On n'a pas cité de cas de mort comme conséquence de l'urticaire. La forme aiguë est éphémère et bénigne, incommode seulement par le prurit momentané qu'elle occasionne. Les formes choniques sont surtout pénibles par leur persistance et par les accidents plus graves qui peuvent quelquefois survenir, et que j'ai signalés plus haut.

UTÉRUS. — UTÉRIN (Système ou appareil). — A propos des DÉVIA-

TIONS UTÉRINES et des TUMEURS, j'ai rappelé quelle était la position de l'utérus dans le bassin, et les déplacements ainsi que l'extension ... pouvait subir. Je n'y reviendrai donc pas dans cet article.

1° *Maladies.* — Il est impossible, dans l'état actuel de la science, ... une nomenclature satisfaisante des affections utérines. Cela tient à ... l'utérus sont annexés plusieurs organes, les trompes, les ligaments la... ovaires, le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal, et que les affe... l'un s'étendent facilement aux autres. C'est ce qui explique l'opinion de... vateurs qui ont combattu la distinction trop anatomique des maladies ... des Traités de pathologie, et qui ont insisté sur la fréquence de la ... cité des altérations des annexes (F. Siredey et Em. Tillot, *Thèses de doct.*...

Cependant la CONGESTION de l'utérus, la *métrorrhagie*, les inflamm... (MÉTRITE), le *cancer*, la *névralgie*, et la *rupture* de l'organe, l'allon... *hypertrophique* de son col, si bien étudié et décrit par Huguier (*Mém. de l'A... cad. de méd.*, 1859), sont autant de maladies que l'on peut ne pas compr... exactement de la même manière, mais qui n'en sont pas moins ... espèces nosologiques distinctes et indispensables à admettre pour la ... Malgré les dissidences qu'elles ont suscitées, les *déviations pathologiques* ... l'utérus doivent aussi y prendre place. Les *granulations*, les ... *ulcérations* diverses constituent plutôt de simples signes que des ... distinctes, de même que l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*. Quant ... *physométrie* et à l'*hydrométrie*, ce sont des affections exceptionnelles ... qui n'en doivent pas moins être rappelées à la suite des précédentes ... donné le nom de *rhumatisme* de l'utérus à une affection très-douloureuse ... cet organe pendant la grossesse et l'accouchement, qui ne me paraît ... de l'*hystéralgie*.

D'après ce que j'ai dit de la connexion des organes de l'appareil uté... faudrait chercher le complément des maladies utérines aux mots ... intra-péritonéales (p. 504), PHLEGMONS péri-utérins, GROSSESSE extra-... PÉRITONITE, OVARITE, etc.

2° *Symptômes.* — En raison de ce que je viens de dire de la compl... affections au milieu desquelles se trouvent anatomiquement englobées ... ladies utérines, on conçoit qu'il ne soit pas toujours facile de disting... de départ des douleurs qui siégent véritablement au niveau de l'... douleurs, en effet, peuvent occuper non-seulement l'hypogastre ... deur du bassin, le fond du vagin, mais encore, ainsi que l'a ... Aran (*Leçons sur les maladies de l'utérus*), simplement les ... ventre, où elles sont dénommées à tort ovariques, ou bien les rég... ou sacrées (lombo-abdominales), et s'étendre aux hanches, aux ... rieurs (principalement aux cuisses), et même jusqu'à la région ép... elles peuvent produire un sentiment de défaillance et un beso... mentation. Les douleurs utérines peuvent augmenter par l'act... poque menstruelle, par la marche, la constipation et l'explora...

Comme autres symptômes des affections utérines, on a con... *vulvaire* simple, l'*irrégularité des règles* quant à leur abonda... que d'apparition; la *répugnance pour les rapports* ... ventre; les *écoulements* de sérosité, de muc... ...inolentes plus ou moins abondantes; les ... symptômes les *douleurs lancinantes* ... — Comme symptômes de voisinage, on a ... la miction *douloureuse*, des *urines* ...

le sels; une *constipation* opiniâtre. — Enfin un aspect particulier de la dit *facies utérin* (*Voy.* FACE), des troubles *dyspeptiques* (Willemin), ıémie et l'*amaigrissement*, ou au contraire l'*obésité*, des *névralgies* iées au niveau du bassin (névralgie lombo-abdominale) ou dans des régions gnées (tête, poitrine), et surtout la *névralgie dorso-intercostale gauche*, s rarement la *migraine*, des accidents *hystériques*, et enfin des *paralysies* membres inférieurs et autres (*Voy.* PARALYSIES réflexes, p. 726) dont l'ori-e *utérine* n'est pas parfaitement démontrée; tels sont encore les phénomènes nptomatiques que l'on a rapportés aux affections de l'utérus.

3° *Exploration.* — L'exploration de l'appareil utérin empêche souvent des eurs de diagnostic qui seraient inévitables si l'on basait uniquement ses induc-ns sur les symptômes. C'est un sujet qui a été traité avec soin par Fleetwood urchill dans son important *Traité des maladies des femmes* (trad. par ieland et Dubrisay, 1866).

L'*inspection* des régions inférieures de l'abdomen, qui peuvent être saillantes suite du développement de l'utérus, le TOUCHER vaginal et rectal, la *palpa-*a abdominale, l'application du SPÉCULUM, le *cathétérisme utérin* : tels sont moyens explorateurs de l'utérus. Il faut y joindre la *percussion*, l'*ausculta-*ı et le *cathétérisme vésical*, lorsque l'utérus forme une tumeur qui envahit érieurement l'abdomen.

— *Toucher vaginal.* C'est sans contredit le moyen d'exploration le plus ortant, non-seulement par la facilité de son emploi, qui n'oblige pas à uvrir la femme, mais encore par les résultats cliniques qu'il procure. On atique avec l'indicateur (préalablement enduit d'un corps gras), soit seul, en lui adjoignant le médius qui permet d'atteindre à une profondeur plus de d'un centimètre. On a soin, pour pénétrer dans le vagin, de chercher alement la partie postérieure de la grande lèvre, qui est au niveau de l'ori-vaginal, afin d'éviter le contact du clitoris ou de l'anus. Pour cette explo-n, la femme est debout, ce qui est toujours préférable, ou bien elle est hée. Dans ce dernier cas, Aran conseille de passer la main qui explore sous uisse correspondante de la femme. Lisfranc a donné aussi le bon conseil oucher les femmes debout en les engageant à faire des efforts, si l'on veut er plus profondément, ce qui est nécessaire principalement chez les femmes gées d'embonpoint. Le toucher vaginal ne se pratique guère que sur les mes déflorées. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, et lorsque l'explo-on est jugée absolument nécessaire, par suite de la gravité d'une affection l'on ne peut rapporter par voie d'exclusion qu'à l'utérus, qu'il faut se ider à y avoir recours chez les vierges. Hors de cette condition, il faut oureusement s'abstenir si l'on rencontre la membrane hymen. Lorsque le cher est jugé indispensable, on doit faire pénétrer l'indicateur pendant que cuisses sont rapprochées autant que possible (Aran), pour éviter la tension repli falciforme qui constitue le plus souvent l'hymen.

Le col virginal est très-petit, et conique à base supérieure. Chez la femme qui a des enfants, il est devenu cylindrique, si même il n'a pris la forme d'un e à base inférieure; il est divisé en deux lèvres, la postérieure plus longue l'antérieure; et sa fente transversale, plus ou moins béante, est quelquefois nme déchirée à ses extrémités (Aran).

Dans l'état sain, le doigt arrivé au col de l'utérus rencontre d'abord la lèvre érieure, puis immédiatement au-dessous, l'ouverture transversale du col, et arrière la lèvre postérieure. En avant du col on peut suivre sa face anté-ure jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin, où l'on peut sentir un peu le

corps de l'utérus lui-même, dont la face antérieure se dirige obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. En arrière du col, le doigt rencontre le cul-de-sac postérieur du vagin, où l'on ne peut atteindre plus loin que la réunion du col et du corps. Les parois du vagin présentent : antérieurement, la résistance molle de l'intestin, ou la fluctuation de la vessie distendue, qui peut, dans certains cas, gêner l'exploration et nécessiter l'expulsion préalable de l'urine soit par la miction, soit par le cathétérisme, si la miction est impossible; vers la paroi postérieure du vagin, on sent souvent des inégalités noueuses dues à la présence de matières fécales, au lieu de la mollesse particulière à l'intestin; enfin, c'est sur les côtés que l'on constate les phlegmons du ligament large (p. 713). J'ai rappelé ailleurs les changements que présente la position de l'utérus au toucher, lorsqu'il a subi un déplacement physiologique ou pathologique (*Voy.* Déviations utérines). J'ajouterai, avec Valleix, que le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure, s'il présente ou non des granulations ou des ulcérations, si son ouverture est régulière ou non, si l'utérus est mobile et se meut facilement, si les tissus qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne plie pas quand on veut le déplacer, s'il n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être. Il est très-important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt introduit dans le vagin soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction. Enfin le toucher sert aussi à pratiquer le ballottement.

b. — Le *toucher rectal* offre l'avantage de permettre l'exploration de la paroi postérieure de l'utérus à une plus grande hauteur que par le toucher vaginal, mais il est bien moins utile que le toucher vaginal. On ne peut admettre avec Aran qu'il faut y procéder après le toucher vaginal si on le juge nécessaire, sans *en prévenir la malade.* Après que le rectum a été débarrassé par un lavement des matières fécales qui peuvent y être amassées, la femme doit être couchée sur le dos, et le doigt, arrivé à une profondeur de 3 à 4 centimètres et après avoir franchi le sphincter, reconnaît en avant une espèce de tumeur résistante et arrondie : c'est le col de l'utérus, qui est d'autant plus saillant qu'il est dirigé plus en arrière et en bas. Au-dessus de ce point, on rencontre le corps de la matrice, que l'on ne peut parcourir en entier que dans les cas de rétroversion; on facilite cette exploration du corps utérin en le refoulant, si cela est possible, avec la main placée à l'hypogastre; on peut aussi explorer par le rectum les faces latérales de l'utérus, et les parties voisines, les ligaments larges, les trompes, les ovaires.

Quant à la combinaison du toucher rectal et vaginal proposée par Récamier, qui la pratiquait en introduisant à la fois l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin de manière à juger de l'état de la cloison recto-vaginale, elle ne fournit que des résultats insignifiants, et qui ne sont nullement en rapport avec la répugnance que le procédé provoque chez les femmes.

c. — L'*emploi du spéculum* dont il a été question ailleurs (*Voy.* Déviations utérines et Spéculum), offre quelquefois des difficultés. La contraction de la vulve, la saillie de la partie antérieure du périnée, ou la situation exagérée de la vulve en arrière, par suite de la conformation de la symphyse pelvienne, sont des conditions défavorables. On surmonte la contraction vulvaire en pénétrant lentement; et les autres obstacles, en déprimant le bord postérieur de la vulve, ou en soulevant le siége. Mais une des plus grandes difficultés est celle d'embrasser le col avec l'extrémité du spéculum. Valleix a signalé l'existence des déviations utérines comme la principale cause de cette difficulté (*Guide du méd.*

at.), et il insiste sur l'inutilité des manœuvres irrégulières qui ont pour but à saisir le col d'emblée. Il recommande une chose essentielle, et sur laquelle on ne saurait trop insister, celle de maintenir au milieu même du champ du spéculum, et à mesure qu'il pénètre dans le vagin, le centre de l'espèce de rosace due au froncement de la muqueuse qui s'y déplisse; on reste ainsi forcément dans l'axe même du vagin, et l'on arrive nécessairement à découvrir le col qui, dans sa position normale, montre principalement sa lèvre antérieure et son orifice un peu en arrière. Il y a nécessairement une déviation si le col se présente autrement.

d. — Le *cathétérisme utérin* avec la sonde utérine est admis dans la pratique, depuis que deux médecins étrangers, Kiwisch et Simpson, en ont préconisé l'emploi, et surtout depuis que, parmi nous, Huguier et Valleix ont modifié la forme et montré les avantages de l'instrument. La sonde de Valleix est une tige métallique arrondie, de 15 à 16 centimètres de longueur, graduée par centimètres, incurvée à son extrémité libre qui présente un léger renflement olivaire, et fixée dans un manche aplati; une encoche pratiquée à six centimètres et demi de l'extrémité, et que l'on suit facilement avec le doigt pendant l'introduction de l'instrument, sert à indiquer la moyenne de la profondeur de l'utérus.

Cette sonde, introduite dans la cavité utérine, fournit des données utiles au diagnostic. Elle fait connaître la capacité intérieure de l'organe, et par suite son volume, lorsqu'il n'est pas assez développé pour dépasser supérieurement le pubis. Elle indique aussi la direction de son axe longitudinal, et par conséquent ses déviations. Pour se servir de la sonde utérine, Valleix, à qui cette sorte de cathétérisme était si familière, faisait glisser le bec de l'instrument (la concavité de la courbure en avant) sur l'indicateur de la main gauche, préalablement introduit dans le vagin, et dont il fixait l'extrémité sur l'ouverture du col. Une fois la sonde arrivée dans la cavité du col, ce qui n'est difficile ou impossible que dans les cas exceptionnels où l'ouverture est très-rétrécie, il la dirigeait suivant l'axe du détroit supérieur du bassin, lui imprimait de légers mouvements pour dépasser les replis valvulaires de l'intérieur du col, et arrivait à son orifice interne qui est parfois rétréci, et même contracturé suivant Aran. Il ne faut pas chercher à surmonter immédiatement ces difficultés; en attendant un moment, comme pour le cathétérisme de la vessie, le spasme cesse parfois rapidement; mais d'autres fois, l'obstacle persiste, et alors il faut attendre au lendemain, la pénétration se faisant ensuite avec facilité. Aran conseille, dans les cas difficiles les plus rebelles, d'opérer immédiatement après les règles, alors que l'orifice interne du col est momentanément élargi. Ordinairement, la sensation d'une résistance vaincue marque le moment où la sonde passe de la cavité du col dans la cavité du corps de l'utérus, et une sensation douloureuse ou désagréable accusée par la malade annonce ordinairement que la sonde touche le fond de l'organe. On maintient alors appliquée l'extrémité de l'indicateur gauche sur la tige au niveau de l'orifice du col, en même temps que l'on retire la sonde, et l'on voit à combien de centimètres de profondeur cette sonde a pénétré, c'est-à-dire les dimensions intérieures de l'utérus (Valleix). On reconnaît que l'organe est dévié de sa position la plus ordinaire aux différentes directions que l'on doit donner à la tige de l'instrument pour le faire pénétrer avec facilité (*Voy.* DÉVIATIONS UTÉRINES).

Le cathétérisme utérin doit être employé avec de grandes précautions et avec une extrême prudence, car il peut occasionner des accidents; heureusement ils sont rares. D'abord son emploi peut avoir une très-grave conséquence : celle de provoquer quelquefois l'avortement, lorsqu'il existe une grossesse ignorée. Il

faut donc bien se garder, dans les cas d'aménorrhée accidentelle, de se laisser aller à croire, malgré les affirmations réitérées des malades, qu'elles ne sont nullement exposées à devenir grosses. Il peut arriver aussi, dans des cas analogues, que des règles suspendues soient accusées comme régulières, ou bien que les règles soient réellement régulières et qu'une fécondation de quelques semaines ait eu lieu. Comment éviter de provoquer l'avortement en pareils cas? En se préoccupant surtout de la régularité et de l'abondance des règles, dit Aran. Mais précisément le danger est dans la difficulté de savoir à quoi s'en tenir sur ce point, non dans un hôpital, où les malades peuvent être très-bien surveillées sous ce rapport, mais en ville et dans les consultations de cabinet, où la constatation est impossible, et où l'erreur serait souvent impossible à éviter. Aran a avoué qu'une fois il a eu ce malheur.

On ne saurait donc trop se tenir sur la réserve, ni rechercher avec trop de soins la vérité relativement aux époques menstruelles. On devrait, dans les cas de doute, rechercher avec attention tous les signes de la grossesse au niveau de l'utérus ou des mamelles (*Voy.* p. 466), et ne pratiquer le cathétérisme utérin qu'immédiatement à la suite des règles, en faisant croire à la malade que c'est le seul moment favorable à cette exploration. Des *douleurs* plus ou moins vives mais cédant rapidement au repos, l'écoulement d'une petite quantité de sang, l'*inflammation de l'utérus*, la *péritonite*, et même la *perforation* de cet organe ont encore été observées comme complications du cathétérisme utérin. C'est aussi l'avis du professeur Scanzoni. Cependant il faut se garder d'exagérer les choses en attribuant à l'usage de la sonde des accidents qui peuvent lui être étrangers. Quant à la perforation de l'utérus, elle était évidemment due à l'emploi de cet instrument dans les faits où elle s'est produite. Suivant Aran, cette lésion serait plus effrayante que véritablement grave, et le repos seul amènerait la cicatrisation, ce qui sera difficilement admis. Il ne faut pas oublier que, dans certaines leucorrhées anciennes, on a signalé un amincissement des parois de l'utérus qui peut en faciliter la perforation avec la sonde.

La *percussion* et l'*auscultation* sont applicables à certaines affections utérines avec développement plus ou moins considérable de l'organe vers l'abdomen, et on les emploie dans le but de distinguer ces affections d'une grossesse.

Selon Depaul, à qui l'on doit un traité si complet d'*auscultation obstétricale* (1847), les données fournies par ce moyen d'exploration dans le cours de la grossesse sont : 1° le souffle utérin; 2° les battements du cœur fœtal; 3° un bruit de souffle fœtal ; 4° des bruits résultant des mouvements actifs du fœtus. On peut résumer ainsi qu'il suit (seulement au point de vue du diagnostic de la grossesse) les résultats de son observation à cet égard. — Le *souffle* qu'il appelle *utérin* se passe dans les artères utérines et peut être entendu dans toutes les parties de l'utérus; il est très-variable dans son timbre, son siége, etc., et il peut être perçu à partir de la dixième semaine; mais il se rencontre dans les cas de développement de l'utérus par toute autre cause que le produit de la conception. — Les *battements du cœur du fœtus* constituent deux battements distincts, en général sans mélange de souffle, et qui ont une fréquence toujours supérieure à celle de la circulation maternelle (*Voy.* p. 468); il est impossible de les confondre avec aucun des autres bruits abdominaux; il est très-commun de les entendre à quatre mois, et leur intensité va en augmentant jusqu'à la fin de la grossesse. Ce signe précieux, dont le siége au niveau de l'utérus développé varie selon l'époque de la gestation, et surtout selon la situation du fœtus, donne la certitude de l'existence de la grossesse et de la vie du produit de la conception. — Quant au bruit de *souffle fœtal*, et aux bruits qui sont la conséquence

les *mouvements actifs du fœtus*, ils n'ont qu'une valeur très-secondaire relativement aux doubles battements du cœur du fœtus, constituant le signe stéthoscopique pathognomonique de la grossesse.

VAGIN. — Le vagin présente peu d'affections qui lui soient particulières, en dehors de celles qui sont du domaine de la chirurgie. On y constate la *vaginite*, la BLENNORRHAGIE, des CHANCRES, des écoulements sanguins ou *thrombus* qui surviennent principalement chez les femmes enceintes, de même que la vaginite chronique *granuleuse* qui a été décrite par Deville et qui est caractérisée par des granulations rouges, assez volumineuses, indolentes, éparses ou confluentes, et par un écoulement purulent. Le vagin peut d'ailleurs être envahi par les affections de l'utérus ou du bassin.

C'est à l'aide du TOUCHER et du SPÉCULUM que l'on peut explorer le vagin et constater les signes dont il est le siége. C'est ainsi que l'on a pu reconnaître au niveau de la muqueuse vaginale des colorations particulières dont on a cru à tort pouvoir tirer parti pour le diagnostic.

On a vu, dans des cas de conservation de l'hymen, à la suite de rapports sexuels, le canal de l'urètre, graduellement dilaté par le pénis, remplacer le vagin. Il est inutile d'insister sur les erreurs que cette condition peut entraîner, si elle reste méconnue du médecin.

VAGINISME. — Ce mot a été proposé par Marion Sims pour désigner l'atrésie vulvaire avec l'hyperesthésie qui l'accompagne. L'atrésie vulvaire, consistant principalement dans la contracture du sphincter du vagin, et empêchant la copulation, a été décrite par Michon (*Bull. de thérapeut.*, 1861) Cette affection peut être très-rebelle aux traitements les plus variés, puisque Caffe a vu une femme de 25 ans, mariée depuis plus de trois années, et qui n'avait jamais pu consommer l'acte du mariage, malgré l'absence de l'hymen, de fissure et de toute lésion locale (*Union méd.*, 1866).

VAGINITE. — *Voy.* BLENNORRHAGIE.

VALVULES DU CŒUR. — *Voy.* SOUFFLES.

VARICELLE. — *Voy.* VARIOLIQUES (Maladies).

VARICES. — Les varices sous-muqueuses des organes internes intéressent le praticien en raison des hémorrhagies d'abord inexplicables qu'elles produisent, à moins qu'elles ne soient visibles dans la bouche ou dans le pharynx. Il se développe quelquefois dans l'œsophage des varicosités d'où peuvent résulter des hémorrhagies foudroyantes simulant des hématémèses (*Voy.* HÉMORRHAGIES). Ces varices internes sont trop peu connues.

VARIOLIQUES (Maladies). — Je ne rappellerai pas les discussions qui ont eu lieu sur les différences de nature des affections varioliques. On doit admettre qu'il y a *variole* quand la maladie est complète et s'accompagne de la suppuration des pustules; *varioloïde*, si cette suppuration manque; *varicelle*, lorsqu'il ne survient que quelques vésicules disséminées sans troubles généraux sensibles.

1° *Éléments du diagnostic.* — La variole présente d'abord une incubation, qui, d'après des faits assez nombreux et parfaitement probants observés par Laboulbène, dure *douze* à *quatorze* jours au moins pour les adultes (*Soc. méd. des hôpit.*, 1868). La maladie régulière comprend quatre périodes d'invasion, d'éruption, de suppuration et de dessiccation.

L'*invasion* est marquée par des symptômes fébriles variés : tantôt *frissons répétés*, tantôt absence de frissons; *chaleur* plus ou moins vive, sécheresse de la peau, *fréquence du pouls ;* chez quelques sujets, *vomissements*, *constipation*, rarement de la diarrhée; *abattement général* avec douleurs contusives, *cépha-*

algie prononcée, *agitation*, *insomnie*, parfois *délire*, ou bien *somnolence*, rarement *convulsions* locales ou générales; souvent *douleur lombaire*, parfois *douleur abdominale* vive; *douleurs thoraciques* vagues et même *pharyngiennes;* assez rarement on observe les symptômes d'un *coryza* avec larmoiement, de l'oppression et de la dyspnée.

Après deux ou trois jours de ces prodromes, une éruption papuleuse rouge, plus ou moins abondante, se montre, d'abord à la face, où elle est plus prononcée, pour s'étendre ensuite au cou, au tronc et aux membres; cependant on la voit débuter aussi quelquefois au niveau des reins, des fesses, ou autour des ulcérations qui peuvent exister à la peau. Dès le lendemain ou le surlendemain chaque tache devient vésiculeuse à son centre, qui contient un liquide séreux, puis il se forme de véritables pustules plus saillantes, par la transformation de la sérosité en liquide trouble et d'un blanc jaunâtre. Ces pustules se dépriment et s'*ombiliquent* à leur centre, et elles se développent pendant trois ou quatre jours; elles deviennent dures au toucher, et s'environnent d'un *cercle rougeâtre*. Du quatrième au septième jour de l'éruption, elles deviennent hémisphériques, le pus qu'elles contiennent prend plus de consistance, l'aréole inflammatoire se dessine davantage; en même temps *le tissu cellulaire sous-cutané se tuméfie*, d'abord à la *face*, aux *paupières*, aux *lèvres*, une *salivation abondante* se manifeste, et, au huitième jour, l'éruption arrive à son summum d'intensité, tandis que la tuméfaction se manifeste aux *mains* et aux *parties génitales*. Dès le début, des vésicules se développent à l'isthme du gosier et à la voûte palatine (en produisant une dysphagie douloureuse), et il peut également en survenir au niveau de la muqueuse du larynx, de la conjonctive, du prépuce ou de la vulve.

Les phénomènes fébriles, qui étaient diminués ou disparus une fois l'éruption survenue, reparaissent du huitième au dixième jour et constituent la fièvre dite *secondaire* ou *de suppuration*, qui dure seulement quelques jours, et qui est assimilée par des auteurs à la fièvre traumatique.

La *dessiccation* des pustules commence du neuvième au dixième jour, aussitôt après la diminution du gonflement, et elle se fait dans l'ordre d'apparition des pustules, dont le liquide se dessèche en croûtes jaunâtres, noires ou verdâtres. Leur chute laisse des taches d'un rouge brun, qui persistent parfois plusieurs mois, avec ou sans *cicatrices* creuses indélébiles, suivant l'existence ou l'absence de la suppuration. La dessiccation a lieu au tronc et aux membres quelques jours plus tard qu'à la face. Les pustules des muqueuses disparaissent par résolution.

La varioloïde, appelée aussi *fausse variole*, *variole bâtarde*, *adultérine*, *vaccinique*, *mitigée*, *varicelle pustuleuse*, etc., est souvent remarquable par la bénignité de ses symptômes et la rapidité de sa marche, dont la durée n'est que de six à douze jours. Elle se montre principalement chez les sujets déjà vaccinés. La période d'invasion est très-légère et manque quelquefois; l'éruption est ordinairement caractérisée par un nombre discret de pustules, par leur petit volume, leur prompt développement, leur forme acuminée ou aplatie, et surtout par l'*absence de la fièvre secondaire ou de suppuration*, et par la prompte dessiccation des vésicules ou des pustules. Celles-ci, après être parvenues à leur entier développement en deux à quatre jours, se dessèchent du jour au lendemain, et forment une croûte qui ne tarde pas à tomber, sans laisser de cicatrice.

La *varicelle*, dont l'évolution est de huit ou neuf jours, est considérée généralement comme une variole modifiée qui, ainsi que la varioloïde, se remarque principalement chez les sujets vaccinés. Trousseau qui fait de la varicelle une

affection à part, est allé trop loin en disant que la varicelle est aussi étrangère à la varioloïde que la rougeole l'est à la variole. Les prodromes de la varicelle sont d'ordinaire très-légers ou nuls, mais l'éruption présente plusieurs variétés : 1° la *varicelle à petites vésicules* (*chicken-pox* des Anglais), à vésicules petites, acuminées ou aplaties, à liquide transparent, puis lactescent après deux ou trois jours, avec de la démangeaison, et la dessiccation se faisant au bout de six ou sept jours par de légères écailles brunâtres; 2° la *varicelle à vésicule globuleuse* (*swine-pox*), ne différant de la précédente que par le développement semi-sphérique des vésicules, qui se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide; 3° la *varicelle verruqueuse* ou *papuleuse* (*varicella solidescens*), qui a bien moins d'importance que les deux précédentes.

La variole peut être irrégulière ou compliquée, et présenter encore d'autres éléments de diagnostic dont il sera question plus loin.

2° *Inductions diagnostiques.* — Si j'ai longuement rappelé les éléments symptomatiques de la variole simple et régulière, c'est que la seule constatation de ces caractères suffit presque toujours au diagnostic. Ce n'est qu'au début que le diagnostic peut présenter des difficultés.

Pendant la *période d'invasion*, ces difficultés sont réelles, parce que l'on ne retrouve pas ici, comme dans la plupart des cas de rougeole et de scarlatine, des symptômes prodromiques caractéristiques. Les douleurs lombaires ont sans doute une certaine valeur, parce qu'on les retrouve bien plus fréquemment dans la variole que dans les autres fièvres éruptives, mais comme elles peuvent exister dans ces fièvres et dans d'autres affections aiguës, ainsi qu'on le constate tous les jours, leur valeur est loin d'être absolue. On a signalé aussi l'absence des cicatrices vaccinales comme pouvant démontrer en pareils cas que le malade est plus exposé qu'un autre à contracter la variole; mais cette particularité ne peut fournir qu'une vague probabilité que les phénomènes généraux et les douleurs lombaires se rapportent au début d'une variole, à moins qu'il n'existe une épidémie de cette maladie. Trousseau a vu la rachialgie, ou douleur lombaire, s'accompagner de paraplégie. J'ai rencontré un fait de variole dans lequel, avec la douleur des lombes, coïncidait une rétraction douloureuse du testicule (*Voy.* CONGESTION des reins, p. 229). Ces particularités, qui peuvent se représenter, sont utiles à connaître pour le diagnostic.

Dès que l'éruption a paru, il ne saurait y avoir de sérieuses difficultés de diagnostic que dans les cas où il n'existe encore que des papules. J'ai vu entrer à l'hôpital deux malades atteints d'une fièvre typhoïde avec éruption de *taches rosées lenticulaires* nombreuses, envahissant même le visage, et qui furent considérés, dans un concours clinique, comme atteints de variole discrète au début de l'éruption ; les symptômes généraux existants, qu'on ne pouvait expliquer par une lésion locale, avaient favorisé l'erreur, qu'un examen suffisamment prolongé eût pu cependant faire éviter. Les papules de la *rougeole* dite *boutonneuse* pourraient aussi être confondues avec celles de la variole, et réciproquement. Dans ces différentes conditions, l'examen du pharynx, qui offre souvent des vésicules précoces dans les cas de variole, lève ordinairement les doutes (*Voy.* p. 807, *c.*).

Lorsque la variole est reconnue au début de l'éruption, et si la fièvre est intense, peut-on prévoir que l'on aura affaire à une variole avec fièvre secondaire et suppuration des pustules, ou bien à une simple varioloïde ? Dans la plupart des cas, l'existence des cicatrices vaccinales vraies devra bien faire penser qu'il s'agit d'une simple varioloïde; mais cette constatation ne devra pas faire rejeter absolument l'existence d'une variole grave. Il y a plus : il peut se

algie prononcée, *agitation*, *insomnie*, parfoi
rarement *convulsions* locales ou générales; sou
douleur abdominale vive; *douleurs thoraciq*
giennes; assez rarement on observe les symptô
ment, de l'oppression et de la dyspnée.

Après deux ou trois jours de ces prodromes,
plus ou moins abondante, se montre, d'abord à
cée, pour s'étendre ensuite au cou, au tronc et
voit débuter aussi quelquefois au niveau des ré
ulcérations qui peuvent exister à la peau. Dès le
chaque tache devient vésiculeuse à son centre,
puis il se forme de véritables pustules plus saill
la sérosité en liquide trouble et d'un blanc jaun
et s'*ombiliquent* à leur centre, et elles se déve
jours; elles deviennent dures au toucher, et s'env
Du quatrième au septième jour de l'éruption, e
le pus qu'elles contiennent prend plus de consis
dessine davantage; en même temps *le tissu cell*
d'abord à la *face*, aux *paupières*, aux *lèvres*,
manifeste, et, au huitième jour, l'éruption arrive
dis que la tuméfaction se manifeste aux *mains*
début, des vésicules se développent à l'isthme
(en produisant une dysphagie douloureuse), et
au niveau de la muqueuse du larynx, de la co
vulve.

Les phénomènes fébriles, qui étaient diminué
survenue, reparaissent du huitième au dixième j
secondaire ou *de suppuration*, qui dure seule
assimilée par des auteurs à la fièvre traumatiqu

La *dessiccation* des pustules commence du
sitôt après la diminution du gonflement, et elle
des pustules, dont le liquide se dessèche en cr
dâtres. Leur chute laisse des taches d'un roug
plusieurs mois, avec ou sans *cicatrices* creuses
ou l'absence de la suppuration. La dessiccation
quelques jours plus tard qu'à la face. Les pustul
par résolution.

La varioloïde, appelée aussi *fausse variole*,
vaccinique, *mitigée*, *varicelle pustuleuse*, etc
la bénignité de ses symptômes et la rapidité de
que de six à douze jours. Elle se montre princip
cinés. La période d'invasion est très-légère et
est ordinairement caractérisée par un nombre di
volume, leur prompt développement, leur forme
par l'*absence de la fièvre secondaire ou de s*
dessiccation des vésicules ou des pustules. Cell
entier développement en deux à quatre jours, s
main, et forment une croûte qui ne tarde pas à t

La *varicelle*, dont l'évolution est de huit ou
ralement comme une variole modifiée qui, ainsi
principalement chez les sujets vaccinés. Trouss

affection à part, est allé trop loin en disant que la varicelle est aussi étrangère à la varioloïde que la rougeole l'est à la variole. Les prodromes de la varicelle sont d'ordinaire très-légers ou nuls, mais l'éruption présente plusieurs variétés : 1° la *varicelle à petites vésicules* (*chicken-pox* des Anglais), à vésicules petites, acuminées ou aplaties, à liquide transparent, puis lactescent après deux ou trois jours, avec de la démangeaison, et la dessiccation se faisant au bout de six ou sept jours par de légères écailles brunâtres; 2° la *varicelle à vésicule globuleuse* (*swine-pox*), ne différant de la précédente que par le développement semi-sphérique des vésicules, qui se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide; 3° la *varicelle verruqueuse* ou *papuleuse* (*varicella solidescens*), qui a bien moins d'importance que les deux précédentes.

La variole peut être irrégulière ou compliquée, et présenter encore d'autres éléments de diagnostic dont il sera question plus loin.

2° *Inductions diagnostiques.* — Si j'ai longuement rappelé les éléments symptomatiques de la variole simple et régulière, c'est que la seule constatation de ces caractères suffit presque toujours au diagnostic. Ce n'est qu'au début que le diagnostic peut présenter des difficultés.

Pendant la *période d'invasion*, ces difficultés sont réelles, parce que l'on ne retrouve pas ici, comme dans la plupart des cas de rougeole et de scarlatine, des symptômes prodromiques caractéristiques. Les douleurs lombaires ont sans doute une certaine valeur, parce qu'on les retrouve bien plus fréquemment dans la variole que dans les autres fièvres éruptives, mais comme elles peuvent exister dans ces fièvres et dans d'autres affections aiguës, ainsi qu'on le constate tous les jours, leur valeur est loin d'être absolue. On a signalé aussi l'absence des cicatrices vaccinales comme pouvant démontrer en pareils cas que le malade est plus exposé qu'un autre à contracter la variole; mais cette particularité ne peut fournir qu'une vague probabilité que les phénomènes généraux et les douleurs lombaires se rapportent au début d'une variole, à moins qu'il n'existe une épidémie de cette maladie. Trousseau a vu la rachialgie, ou douleur lombaire, s'accompagner de paraplégie. J'ai rencontré un fait de variole dans lequel, avec la douleur des lombes, coïncidait une rétraction douloureuse du testicule (*Voy.* CONGESTION des reins, p. 229). Ces particularités, qui peuvent se représenter, sont utiles à connaître pour le diagnostic.

Dès que l'éruption a paru, il ne saurait y avoir de sérieuses difficultés de diagnostic que dans les cas où il n'existe encore que des papules. J'ai vu entrer à l'hôpital deux malades atteints d'une fièvre typhoïde avec éruption de *taches rosées lenticulaires* nombreuses, envahissant même le visage, et qui furent considérés, dans un concours clinique, comme atteints de variole discrète au début de l'éruption ; les symptômes généraux existants, qu'on ne pouvait expliquer par une lésion locale, avaient favorisé l'erreur, qu'un examen suffisamment prolongé eût pu cependant faire éviter. Les papules de la *rougeole* dite *boutonneuse* pourraient aussi être confondues avec celles de la variole, et réciproquement. Dans ces différentes conditions, l'examen du pharynx, qui offre souvent des vésicules précoces dans les cas de variole, lève ordinairement les doutes (*Voy.* p. 807, *c.*).

Lorsque la variole est reconnue au début de l'éruption, et si la fièvre est intense, peut-on prévoir que l'on aura affaire à une variole avec fièvre secondaire et suppuration des pustules, ou bien à une simple varioloïde ? Dans la plupart des cas, l'existence des cicatrices vaccinales vraies devra bien faire penser qu'il s'agit d'une simple varioloïde; mais cette constatation ne devra pas faire rejeter absolument l'existence d'une variole grave. Il y a plus : il peut se

présenter des cas exceptionnels utiles à connaître, et dans lesquels les cicatrices confluentes d'une variole ancienne n'annoncent pas l'immunité pour une variole grave et même mortelle. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu un fait de cette espèce chez un adulte qui, étant militaire, et avant les deux varioles dont la seconde l'a fait succomber, avait été vacciné plusieurs fois sans succès. Bousquet a cité des faits analogues.

Lorsque l'éruption est suffisamment développée, l'apparition ou le défaut de la fièvre secondaire et de la suppuration des pustules démontre qu'il s'agit de la variole ou de la varioloïde. Cependant, l'incertitude ne saurait exister au sujet d'une varioloïde si l'éruption était très-discrète au début, la fièvre modérée, et si le malade avait été vacciné précédemment. Quant à la varicelle, elle ne peut donner lieu à aucune erreur.

La *marche* de la maladie, précédemment indiquée, a une utilité incontestable comme source de données diagnostiques. Sous ce rapport, l'exploration thermométrique fournit des résultats intéressants. Dans la première période, de deux à cinq jours, il y a une température graduellement élevée 40°, 5 à 42°, puis une diminution ou défervescence rapide après l'éruption, en douze ou quarante-huit heures. Cette défervescence est définitive s'il s'agit d'une varioloïde ; mais s'il y a une variole vraie avec suppuration des pustules, la défervescence qui succède à l'apparition de l'éruption n'est que momentanée et, vers le sixième jour, la température remonte rapidement pour atteindre ou même dépasser la première augmentation, comme on le voit dans la figure 310.

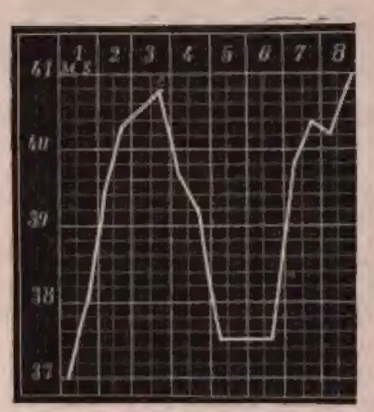


Fig. 310. — Variole confluente (G. Sée).

La considération des *causes* a aussi une importance réelle. L'existence incontestable d'une *épidémie*, et l'influence de la *contagion* à laquelle a pu être exposé le malade, sont les particularités étiologiques principales qui peuvent éclairer le diagnostic dans les cas douteux. On n'oubliera pas non plus que c'est surtout après l'âge de six ans que l'on voit survenir la variole, et qu'elle est d'autant plus rare qu'on se rapproche davantage de la vieillesse ainsi que de la naissance, époque à laquelle la maladie peut cependant se montrer congénitale. Le médecin ne peut d'ailleurs fixer qu'une époque bien tardive à laquelle on n'a plus à craindre l'effet d'un rapport antérieur avec un varioleux. La durée de l'incubation, en effet, a été constatée entre trois jours et quarante-six.

La maladie varioleuse étant constatée, il faut que le diagnostic détermine si elle est : 1° primitive ou secondaire ; 2° régulière ou irrégulière ; 3° simple ou compliquée. Les varioles dites *malignes* rentrent dans le cadre des varioles irrégulières et surtout compliquées. Comme dans toutes les fièvres éruptives, l'obscurité du diagnostic est en raison de la forme anomale ou irrégulière de la variole, et des complications qu'il est par cela même important de bien constater au lit du malade.

Relativement au diagnostic des formes anomales de la variole, je rappellerai d'abord qu'en dehors des varioles modifiées par des vaccinations antérieures, il est très-rare de constater des anomalies dans l'évolution des différentes phases de la maladie, contrairement à ce qui s'observe pour la rougeole et pour la scar-

latine. Le fait le plus curieux que j'aie rencontré à ce sujet est une petite fille de 18 mois que j'ai observée en 1859 aux *Enfants-Assistés*. Cette enfant, non vaccinée, entre à l'infirmerie le 22 avril pour une varicelle; elle en sort guérie le 28. Le 1er mai, elle est admise pour une variole discrète à la face, mais plus considérable aux fesses et au bas-ventre, dans le cours de laquelle (le 4 mai) il apparait une éruption intense de rougeole. Enfin, le 7 mai, alors que les pustules sont à leur période de maturation, une nouvelle poussée d'éruption variolique s'effectue et suit régulièrement toutes ses phases. Je crois qu'il existe dans la science peu de faits analogues, d'autant plus, je le répète, que ces anomalies d'évolution sont très-rares, surtout chez les individus non vaccinés. On a signalé la rareté de la variole confluente chez les très-jeunes enfants.

Quant aux varioles qui apparaissent dans le cours d'une autre maladie, et qui sont par cela même anomales, elles agissent sur la maladie préexistante comme la rougeole: en l'aggravant suivant Barthez et Rilliez, si elle est de celles qui compliquent la variole; et au contraire en atténuant, suspendant ou guérissant celles qui ne rentrent pas dans le cadre habituel de ses complications, telles que la chorée et plusieurs affections cutanées (eczéma, impétigo, lichen, prurigo).

Les *complications* de la variole méritent une attention d'autant plus grande qu'elles peuvent être nombreuses et graves. — D'abord on peut trouver combinées à la variole la *rougeole* ou la *scarlatine*. Les symptômes variés de ces diverses affections se combinent en pareil cas, et jamais la variole n'a son évolution normale. Le fait que j'ai rappelé confirmerait cette proposition. — J'ai vu une varioloïde survenir avec une *pneumonie* chez le même sujet, et les deux maladies avoir chacune leur évolution parfaitement régulière. — Parmi les complications précoces qui surviennent au début ou pendant l'éruption, on en compte qui ne sont que l'exagération de quelques symptômes; tels sont le *ptyalisme*, la *laryngite* et l'*ophthalmie*, qui proviennent du développement extrême des pustules de la bouche, du pharynx, du larynx et de la muqueuse oculaire. Il ne faut pas confondre cette dernière ophthalmie avec la kératite qui apparaît à une époque plus avancée, et qui peut amener la cécité, comme c'était si fréquent avant la vaccination. Les Anglais ont décrit sous le nom de *rash* une éruption érythémateuse ou scarlatiniforme, apparaissant principalement au bas du tronc et aux cuisses, en même temps que se fait l'éruption variolique, et qui a été considérée par les uns, comme un signe pronostique favorable, par les autres comme pouvant au contraire se rencontrer dans les faits les plus graves. Enfin on y a vu une éruption spéciale à la variole, tandis que d'autres observateurs se sont demandé s'il ne s'agissait pas là de simples scarlatines irrégulières concomitantes de l'affection variolique (*Voy. Soc méd. des hôpit.*, 1869). — Les *hémorrhagies*, complication des plus graves et assez fréquentes, se montrent au plus tôt dès le deuxième jour de l'éruption. Vers la peau, le sang envahit les pustules, leur pourtour ou leurs intervalles, sous forme d'ecchymoses noirâtres ou d'épanchements qui peuvent ressembler à des gros grains de cassis, lorsque les pustules forment de petites bulles pemphygoïdes. Les hémorrhagies par les muqueuses consistent en épitaxis, stomatorrhagie, pertes de sang par les selles, l'urine, par l'utérus, et même par des pustules ouvertes ou par des plaies accidentelles. A ce genre de complication, ordinairement funeste, se joignent quelquefois des *symptômes nerveux* qui sont une aggravation de ceux de début : délire, anxiété, agitation extrême. — L'ORCHITE et l'*ovarite* varioleuses signalées par M. Béraud (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIII), sont des complications importantes à rappeler. — Le gonflement inflammatoire de la

peau qui accompagne l'éruption peut donner lieu à de petits *abcès aigus* qu'il ne faut pas confondre avec les *abcès multiples* sous-cutanés et parfois péri- et intra-articulaires, qui surviennent, dans la convalescence, dans diverses parties du corps. Ces derniers abcès ont été considérés comme critiques, ou comme une suite d'infection purulente : souvent favorable dans le premier cas, sauf lorsqu'il y a suppuration des articulations, et toujours funestes dans le second. — Enfin G. Hayem (*Soc. de biol.*, et *Gaz. méd.*, 1866) a trouvé dans la variole (9 fois sur 11 autopsies) les *altérations musculaires* signalées par Rokitansky comme propres à la fièvre typhoïde (*Voy.* p. 1062).

L'*infection purulente*, survenant pendant la période de suppuration de certaines varioles confluentes, est une complication très-grave et rapidement funeste de la variole; elle s'annonce par de violents frissons et les accidents graves de la résorption du pus (*Voy.* PYÉMIE).

A une époque avancée de la maladie, peuvent apparaître : l'*otite*, qui s'accompagne le plus souvent d'une large perforation du tympan suivant Triquet; la *bronchite*, la *broncho-pneumonie* et la *pneumonie lobaire* chez les enfants (Barthez et Rilliet); exceptionnellement la *gangrène* et les *hydropisies*, qui sont ici aussi rares qu'elles sont fréquentes à la suite de la scarlatine, enfin on a encore observé comme complications : la *pleurésie*, la *péricardite*, la *néphrite*, la *stomatite*, la *diphthérie* secondaire, le *croup*. Mettrai-je au nombre des complications l'éruption *hydrargyrique* qui survient quelquefois par suite de l'application des emplâtres de Vigo ou des autres préparations mercurielles dans le but d'atténuer l'éruption? Il est évident que ce n'est pas là une véritable complication, mais une coïncidence seulement utile à rappeler (*Voy.* HYDRARGYRIE), pour qu'on rapporte cette éruption à sa véritable cause.

Les *paralysies temporaires* consécutives aux maladies aiguës (*Voy.* p. [illegible]) paraissent avoir été plus particulièrement rencontrées à la suite de la variole et des autres fièvres éruptives.

Les tubercules, loin de se montrer comme complication de la variole, constitueraient une affection antagoniste, pour certains auteurs. Mais qu'est-ce qu'un semblable antagonisme qui n'empêcherait pas la variole de se développer chez des tuberculeux, et qui ne s'opposerait pas à ce que des manifestations scrofulo-tuberculeuses se montrassent postérieurement à la variole?

3° *Pronostic.* — Tout le pronostic de la variole se réduit à ces considérations : que la variole normale guérit le plus habituellement, surtout si elle n'est pas confluente; et qu'elle est principalement grave lorsqu'elle est anomale, lorsqu'il existe des complications, ou des maladies préexistantes (variole secondaire). Le très-jeune âge des enfants est une condition défavorable. On sait que la varioloïde est habituellement suivie de guérison, et que la varicelle constitue une affection légère qui guérit constamment.

VASCULAIRES (Appareils, bruits). — Je n'ai pas à m'occuper ici des appareils vasculaires, ni à rappeler les maladies qui y ont leur siége, attendu qu'il en a été question aux mots ARTÈRES, LYMPHATIQUES, VEINES. Je n'ai qu'à traiter ici des bruits vasculaires que perçoit l'auscultation, et encore ma tâche se trouve-t-elle abrégée par les articles ANÉVRYSMES, FRÉMISSEMENT cataire, SOUFFLES.

Les bruits vasculaires se passent dans les artères ou dans les veines.

A. — Les bruits *artériels* sont perçus au niveau de l'aorte, ou des artères principales des membres. Ils constituent des *souffles simples* et *intermittents* …nne la diastole artérielle, et rarement des souffles *doubles* ou *continus*. …ôt ils sont *doux*, ce qui est le plus ordinaire ; tantôt ils sont *rudes*.

comme le *bruit de râpe* ou *de lime* du cœur, et enfin ils constituent rarement un *bruissement* aigu, se rapprochant du bruit de scie, et ordinairement continu.

Les souffles doux peuvent s'entendre au niveau de toutes les grosses artères. Tantôt ils sont perçus dans le voisinage du cœur (aorte, carotides), comme une extension des souffles qui se produisent au niveau des orifices de cet organe (*Voy.* SOUFFLES); tantôt le souffle est indépendant d'une lésion valvulaire du cœur, et il est alors généralisé dans toutes les artères. Ceci arrive dans les cas d'*anémie* ou de *chlorose* par suite de l'altération du sang, et sans que les conditions physiques du phénomène aient été bien précisées. On sait que la production des bruits artériels est favorisée par une impulsion plus rapide du sang et par la tension longitudinale des artères. Mais il y a encore d'autres conditions sur lesquelles Potain (art. ANÉMIE du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. IV) a attiré l'attention. Il pense que l'aglobulie et l'hydrémie contribuent à faire naître les souffles anémiques ainsi que d'autres conditions que j'ai rappelées à propos de l'ANÉMIE (p. 58). Le souffle localisé est dû au rétrécissement d'une artère, à son obturation incomplète, à sa compression, à l'existence de plaques crétacées dans son intérieur, à un anévrysme, et, dans le cas où le bruit anomal est continu (*bruissement*), à un anévrysme variqueux (*anévrysme artério-veineux*).

B. — Les *bruits veineux* sont continus. On en distingue plusieurs variétés : *souffle plus ou moins fort*, uniforme, et devenant souvent musical lorsque la circulation s'accélère, *souffle à double courant ou à renfoncement*, analogue au bruit du jouet appelé diable (*bruit de diable*, de Bouillaud); *sifflement modulé* ou imitant le vent de bise, ou un *bruit musical* auquel on a donné aussi le nom de bruit de *piaulement*, bruits se produisant dans les veines suivant Hope, Aran, Barth et Roger, Monneret; mais pouvant également être produits dans les artères comme au niveau du cœur. Les bruits veineux se reconnaissent, au niveau de la jugulaire, par exemple, à ce qu'ils cessent dès que l'on comprime la veine avec le stéthoscope, ou au-dessus avec le doigt, de manière à interrompre la circulation du sang dans son intérieur, ce qui n'empêche pas la circulation de continuer dans l'artère carotide, et le bruit carotidien intermittent d'être perçu. Ces bruits veineux sont des signes plus avancés d'anémie et de chlorose que les bruits artériels, dans les conditions que j'ai rappelées tout à l'heure. Pour Parrot, tous les souffles veineux seraient l'effet du retour du sang dans les veines par suite de l'insuffisance de l'orifice tricuspidien du cœur, démontrée par l'existence du pouls veineux. Cette explication ingénieuse a été discutée sommairement au mot SOUFFLES (p. 971) à propos de l'insuffisance tricuspide. J'y renvoie le lecteur.

Au niveau de l'abdomen, un souffle ou murmure a été signalé au niveau d'une veine superficielle dilatée, comme signe de cirrhose, par Sappey (*Voy.* p. 199). Bouillaud et Potain ont constaté aussi un bruit musical au niveau de la partie inférieure du sternum dans la même maladie (*ibid.*). Mais ces signes sont exceptionnels. Il en est de même du souffle signalé par Bœser, au niveau de l'artère splénique dans le plus grand nombre des engorgements avancés de la rate(?), et qui serait bien distinct du souffle aortique (*Acad. de méd.*, 1862). Ce souffle pourrait servir, suivant l'auteur, à distinguer la tumeur splénique d'une autre tumeur de l'hypochondre gauche. Lorsque le foie est refoulé en haut, il affirme que l'on peut percevoir un bruit de souffle continu à son niveau.

Le souffle *utérin* que l'on constate au niveau de l'utérus pendant la gestation (*Voy.* p. 1096), et moins fréquemment au niveau de tumeurs de l'utérus, de



ryngoscope peut les faire constater dans le larynx, où elle
phyxie lente.

Toute l'importance du diagnostic pour les végétations
se résume dans la distinction de leur nature syphilitique o
végétations syphilitiques, sous des formes diverses (*Vo*
ordinairement avec d'autres symptômes secondaires.
simple leucorrhée puisse produire des végétations non
femme, on ne doit pas oublier que la grossesse en es
(*Voy*. p. 470). Le chancre végétant (*Voy*. p. 1075) donn
végétations vives qui seront facilement rapportées à leur
marche et du développement des accidents locaux.

VEINES, VEINEUX (Appareil). — La veine cav
cave inférieure, et la veine porte, constituent les trois gr
tissants de la circulation veineuse.

Les maladies des veines dont le médecin doit tenir con
les CONCRÉTIONS SANGUINES indépendantes de l'inflamma
certaines VARICES, les communications anomales des t
artères (ANÉVRYSMES variqueux, p. 70), les *compressio*
veineux par des tumeurs, et en outre, pour la veine port
foie atteint de CIRRHOSE.

Ces lésions se manifestent par des signes directs qui
l'on fait abstraction de la douleur et des symptômes for
exister dans la phlébite, ou des signes fournis par les af
quent des accidents veineux. Les signes propres à ces ac
lement ceux que produit la gêne ou l'interruption de la ci
signes sont locaux et comprennent la *distension des vei*
gestion par stase sanguine, et l'*œdème*. On doit joindre
tiques la sensation d'un *cordon résistant et douloureu*
tion d'une veine superficiellement placée et oblitérée pa
guine, et enfin, comme signe accessoire mais très-grave
neuses, la rupture du caillot et le transport rapidemen

Il y a œdème général ou *anasarque* si l'obstacle occupe les orifices du cœur droit, les poumons, ou les orifices des cavités gauches. La distension des veines jugulaires est alors remarquable, et il s'y joint quelquefois des *battements* pseudo-artériels (*pouls veineux*). Ces battements peuvent n'être qu'apparents et dus au soulèvement de la veine par les battements de la carotide, ou bien ils se passent réellement dans les jugulaires et dépendent de l'impulsion en recul que reçoit le sang veineux, par suite, soit d'une insuffisance auriculo-ventriculaire droite, soit d'une communication accidentelle de l'aorte avec la veine cave supérieure (anévrysme variqueux). Enfin, l'œdème est remplacé par l'ascite, et la stase veineuse par la distension des veines superficielles de l'abdomen, si l'obstacle occupe la veine porte (*Voy.* CIRRHOSE et PHLÉBITE, p. 818). La distension des veines de l'abdomen est aussi un très-bon signe du CARREAU chez les enfants.

VENINS. — Les animaux qui ont été appelés *toxicozoaires* en raison de l'action de leur venin sur l'homme (*Voy.* Moquin-Tandon, *Éléments de Zoologie médicale*), tantôt agissent localement, et tantôt produisent des accidents généraux graves, ou une mort plus ou moins rapide.

Le diagnostic ressort le plus souvent de la connaissance même de la cause qui a produit les phénomènes toxiques. Lorsque les effets du venin sont locaux, et se bornent à une irritation locale avec ou sans gonflement, ils ont généralement peu d'importance. Tels sont ceux qui sont produits par les *araignées*, les *tarentules*, les *scolopendres*, l'*ornithorrynque*, les *scorpions*, les *abeilles*, les *bourdons* et les *guêpes*. Plusieurs de ces animaux ont donné lieu à des fables recueillies par le vulgaire, et on a attribué à leur venin des effets graves. Ils ne le sont véritablement que dans des cas exceptionnels, soit dans certaines régions méridionales comme pour le scorpion par exemple, soit pour certaines espèces qui peuvent occasionner la mort dans nos contrées par la multiplicité des effets toxiques, comme on l'a vue résulter de piqûres d'un essaim d'abeilles sur un même individu.

Les accidents les plus graves sont dus à la morsure des serpents à crochets. On trouve ces accidents parfaitement décrits dans le savant ouvrage de notre excellent confrère le docteur Rufz, *sur le serpent de la Martinique* (1860). Ces accidents sont variables et plus ou moins rapides. Une *douleur vive*, cuisante, s'étendant immédiatement à tout le membre qui a été mordu, son *gonflement* et son *refroidissement* plus ou moins rapides, sa *teinte livide*, les *phlyctènes* qui s'y développent, un *malaise* indéfinissable, des *nausées*, des *vomissements*, des *étourdissements*, puis de la *somnolence* et un *coma* qui peut aller jusqu'à la mort, ou bien des *syncopes fréquentes* et des *sueurs froides et visqueuses* qui la précèdent : tels sont les phénomènes qui s'observent dans un grand nombre de cas. D'autres fois, le blessé succombe à un *phlegmon diffus*, à une *congestion pulmonaire* prise, dit Rufz, pour une pneumonie par certains observateurs. Enfin la mort peut encore être produite par les accidents primitifs se développant tardivement quelques jours après la morsure, alors que le blessé se croit hors de tout danger.

Mais tous les cas de morsure ne sont pas suivis de mort. La guérison peut avoir lieu après des *sueurs copieuses* survenant le second ou le troisième jour, ou plus tard. Cependant la guérison n'est pas constamment complète, et il n'est pas sans intérêt de rappeler les accidents consécutifs que le médecin peut avoir alors à interpréter. Rufz nous apprend qu'il n'est pas rare de rencontrer des *invalides* de la piqûre du serpent, qui conservent, à la suite de phlegmons diffus, des *nécroses*, des *trajets fistuleux*, des *ulcères* dont la guérison est intermi-

nable, des *cicatrices* et des *déformations hideuses*, ou des *gonflements œdémateux éléphantiasiques*. Assez fréquemment pour que Rufz et plusieurs autres observateurs en aient vu chacun plusieurs exemples, on rencontre des *amauroses* temporaires ou persistantes, des *hémiplégies* complètes ou des *paralysies d'un seul membre*. On a encore vu une *hémicrânie* rebelle, l'*hypochondrie* et un *mutisme* complet malgré la liberté entière des mouvements de la langue (Seisson, Rufz), être la suite d'une piqûre de serpent.

Ces particularités sont pour nous intéressantes à connaître, car elles permettent de remonter à la cause de phénomènes qui pourraient nous paraître inexplicables ou nous induire en erreur, si nous les constations chez des malades de ce genre venus d'outre-mer. Mais en France on peut aussi, dans certaines contrées, la Vendée par exemple, rencontrer des cas nombreux de morsures de vipère. Viaud-Grand-Marais a publié, en 1860, un livre intéressant basé sur 203 observations qu'il a pu rassembler. Il signale les deux empreintes des dents venimeuses comme étant habituellement à peine visibles, plus ou moins écartées suivant la grosseur de la tête du reptile. La rétraction de la peau peut faire disparaître à leur niveau toute trace de piqûre. Il a constaté que la mort a eu lieu 24 fois, sur les 203 faits qu'il a réunis, environ dans la huitième partie des cas.

VENTEUSES (Maladies). — *Voy.* PNEUMATOSES.

VERS INTESTINAUX. — *Voy.* ENTOZOAIRES.

VERTÉBRALE (Région). — *Voy.* RACHIS.

VERTIGES. — Le vertige consiste en une sensation momentanée de tournoiement et, dans la station droite, dans un défaut d'équilibration qui fait que l'on cherche un point d'appui pour éviter une chute, qui a lieu quelquefois. Le vertige avec perte de connaissance caractérise une forme d'ÉPILEPSIE. Mais en dehors de cette maladie, il a lieu avec conservation de la conscience individuelle, ainsi que l'a fait remarquer Trousseau, dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu;* et alors il se présente comme un symptôme ou comme une maladie (névrose). Max Simon a fait un très-bon travail sur le vertige nerveux (*Mém. de l'Acad de méd.*, 1858).

Comme *symptôme*, le vertige se rencontre dans une foule de conditions en apparence contradictoires, c'est-à-dire avec la congestion (active ou par stase sanguine) du cerveau, et avec son anémie. Le vertige n'est donc pas, comme on le croit souvent encore, un signe presque exclusif de *congestion cérébrale* et un signe avant-coureur d'*hémorrhagie du cerveau*. On le rencontre aussi non-seulement dans les affections *cérébrales et méningiennes* en général, et surtout dans la *paralysie générale des aliénés* (où il affecte la forme épileptique), mais de plus dans les maladies d'organes éloignés (vertige sympathique), surtout lorsque ce phénomène est prédominant ou en apparence isolé.

La détermination de l'origine du vertige symptomatique est un point capital du diagnostic, surtout lorsque ce phénomène est prédominant ou en apparence isolé. Il faut songer, en effet, qu'en dehors des affections cérébrales et des affections fébriles graves (fièvres typhoïdes), ce phénomène peut résulter des affections des *organes centraux de la circulation* avec stase sanguine vers la tête, des maladies des *organes respiratoires* avec dyspnée extrême, dans lesquelles le vertige semble indiquer une asphyxie commençante, des affections des *organes digestifs*, et surtout de la *dyspepsie* stomacale, d'une *indigestion*, d'un *embarras gastrique* (vertige stomacal). Les *entozoaires* des voies digestives donnent également lieu à des vertiges et à d'autres accidents nerveux (*Voy.* p. 359). Le vertige est encore produit par la *constipation*, par des *empoison-*

nements (narcotiques, septiques), par certaines *intoxications*, par la *goutte*, par la *maladie de Brigth*, par tous les genres d'*anémie*. Enfin il est, avec la syncope, un des premiers signes de la *rage*.

Le vertige nerveux considéré comme *névrose* doit être admis lorsqu'il se produit spontanément ou par des causes accidentelles, en dehors de celles que je viens de rappeler.

VÉSICULES. — VÉSICULEUSES (Affections). — Les soulèvements peu étendus de l'épiderme par une sérosité ordinairement transparente, auxquels on a donné le nom de *vésicules*, se rencontrent comme signes d'un assez grand nombre d'affections cutanées. Ce sont: les différentes variétés d'HERPÈS, l'ECZÉMA, la *miliaire*, la *gale*, l'*éruption scarlatineuse*, exceptionnellement celle de la *rougeole*, la *varicelle*, certaines *varioloïdes*, la *variole* au (niveau du pharynx), et les SYPHILIDES dites vésiculeuses.

En outre de ces affections, dans plusieurs desquelles les vésicules confluentes peuvent se convertir en bulles, je dois rappeler encore : les SUDAMINA, qui sont un symptôme important de quelques affections, et notamment de la fièvre typhoïde; les vésicules sublinguales que l'on a cru constater dans la *coqueluche* et dans la *rage;* et enfin l'éruption vésiculeuse qui peut accompagner beaucoup de piqûres d'animaux parasites ou venimeux, ou succéder à des frictions irritantes, comme celles avec de la teinture d'arnica, par exemple, qui est si fréquemment employée, avec l'*huile* de croton, le tartre stibié. Comme complément de cet article, voyez le mot BULLES.

VESSIE. — La vessie est entièrement cachée derrière le pubis et dans la profondeur du bassin dans l'état sain, et ce n'est que lorsqu'elle est plus ou moins fortement distendue par l'urine qu'elle s'élève vers l'abdomen dans la région hypogastrique et même jusqu'au delà de l'ombilic, où elle constitue une sorte de globe qui est comme inséré par sa base dans la concavité pelvienne.

1° *Maladies*. — La vessie est atteinte d'HÉMORRHAGIES (*Voy*. p. 490, *b*), de CYSTITE, de CALCULS, de PARALYSIE, de *distension* (*Voy*. RÉTENTIONS d'urine, p. 921), de RUPTURES. Mais la vessie peut paraître affectée lorsque ce sont les reins et les voies urinaires qui en partent (calices, bassinets, uretères) qui sont réellement atteints, et qui lui transmettent du sang, du pus, des calculs.

2° *Symptômes*. — Outre la douleur spontanée qui peut exister au niveau de la vessie, c'est surtout celle que provoque la miction, et les troubles qui caractérisent cette dernière, qui ont une valeur clinique (*Voy*. MICTION). La sortie involontaire de l'urine par le vagin indique chez la femme une solution de continuité, ou fistule vésico-vaginale. Les qualités de l'URINE sont une source importante de données diagnostiques, et notamment lorsqu'elles contiennent des matières filantes (mucus) qui s'accumulent dans le fond du vase, et qui indiquent l'existence d'une cystite. L'émission goutte à goutte de l'urine est un signe de paralysie de la vessie.

L'*exploration* de la vessie se fait à l'aide de différents moyens. — L'*inspection* constate quelquefois la saillie de la région inférieure et moyenne du ventre par le globe urinaire ayant acquis un grand volume. Mais cette saillie globuleuse ne peut être jugée à la simple vue comme appartenant nécessairement à la vessie (*Voy*. TUMEURS). — La *palpation* sent que cette tuméfaction est uniforme, plus ou moins dure, plus ou moins fluctuante; mais l'application de la main à l'hypogastre peut constater la saillie de la vessie distendue, bien avant qu'elle y forme un relief apparent. — Le *toucher* par le rectum chez l'homme, et par le vagin chez la femme, donnent plus de probabilité au diagnostic en faisant sentir sous le doigt et antérieurement la saillie globuleuse et élastique de la vessie. —

La *percussion* produit une matité à convexité supérieure et occupant exactement l'axe vertical de l'abdomen, ce qui, lorsque la tumeur est fluctuante, la distingue aisément de l'ascite, dont la matité a au contraire des limites à concavité supérieure. — Mais le moyen par excellence de constater si une tumeur hypogastrique est due à la distension de la vessie, c'est le *cathétérisme vésical*, qui, en donnant issue à l'urine, fait disparaître la tumeur, et qui, à la manière dont l'urine s'échappe de la sonde, permet de juger de la contractilité de la vessie. Cette contractilité est intacte si le jet de l'urine est lancé en avant avec plus ou moins de force et d'une manière continue; elle est diminuée ou abolie, et par suite il y a paralysie complète ou incomplète, si le jet sort en bavant après le jet primitif, ou seulement par la pression exercée sur la région hypogastrique. Il se produit quelquefois un singulier bruit de gargouillement vésical au moment du cathétérisme qui a été signalé par Higguet, et dont il a été question au mot GARGOUILLEMENT (p. 434).

VIBRATIONS THORACIQUES. — *Voy.* VOIX THORACIQUE.

VIEILLESSE. — *Voy.* AGES.

VIPÈRE. — *Voy.* VENINS.

VIRGINITÉ. — *Voy.* HYMEN.

VISCÉRALGIE. — Les névralgies des viscères sont un des points les plus obscurs de la pathologie. Si, en se fondant sur des considérations anatomiques on a démontré comme l'a fait Jolly (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *névralgie*), que des douleurs nerveuses indépendantes de toute lésion peuvent occuper les différents organes internes, une difficulté insurmontable n'en existe pas moins dans l'état actuel de la science ; c'est celle de pouvoir distinguer, au lit du malade, les viscéralgies des autres affections douloureuses des organes.

Si l'on excepte la GASTRALGIE et l'ENTÉRALGIE, tout est obscurité dans le diagnostic des autres viscéralgies, et ce n'est que par des subtilités de raisonnement que l'on peut chercher à l'établir. Si l'on y arrive par voie d'exclusion, il reste toujours du doute sur la légitimité du diagnostic porté, et des doutes d'autant plus sérieux que, dans la même région, les organes sont plus nombreux.

Ces réflexions s'appliquent à l'*hépatalgie*, à la *néphralgie*, à la *cystalgie*, à l'*hystéralgie*. Lorsque ces viscéralgies existent réellement, on ne peut que les soupçonner par voie d'exclusion, surtout lorsque les douleurs alternent avec d'autres névroses douloureuses bien caractérisées. Quant à affirmer que la viscéralgie est incontestable, cela me paraît impossible. Je n'insiste donc pas davantage sur ce sujet.

VITILIGO. — Le vitiligo, décoloration partielle de la peau dans des points ordinairement bien délimités où elle manque de pigment, ce qui la fait dénommer aussi *achromie*, peut être congénital ou accidentel. Les taches sont d'un blanc laiteux, irrégulières, en stries ou en plaques ; elles ne sont accompagnées ni de chaleur ni de démangeaisons, elles siégent principalement au scrotum chez l'homme, mais aussi dans d'autres régions.

Dans la maladie d'Addison, il n'est pas rare de constater des îlots de vitiligo au milieu des surfaces bronzées, où le pigment semble s'être réfugié. Chez les nègres atteints de cette décoloration, elle contraste vivement avec la couleur noire de leur peau.

Bazin considère comme dû au parasite cryptogamique de la teigne pelade le vitiligo qui a son siége de prédilection au cuir chevelu, et qui est caractérisé par des surfaces décolorées de forme ovalaire ou circulaire, par l'altération des caractères physiques des cheveux, et surtout par une coloration beaucoup plus

foncée de la peau au pourtour des parties blanches, par suite d'hypersécrétion pigmentaire.

Quoi qu'il en soit, on ne devra pas confondre le vitiligo avec les surfaces blanches qui résultent de cicatrices avec destruction du derme. L'irrégularité du tissu cicatriciel, lorsqu'elle existe, suffit pour établir la distinction; mais il n'en est pas de même quand ces inégalités manquent. C'est ce qui explique comment J. Franck a décrit comme vitiligo des hydropiques ou des femmes grosses les cicatrices en lignes blanches qui résultent de la distension exagérée des parois abdominales.

VOIX, VOIX THORACIQUE. — Les modifications de la voix sont fréquentes dans les maladies. Outre la diminution d'intensité ou l'abolition de la voix qui constituent l'APHONIE, il en est qui, sans avoir la même importance, sont utiles à rappeler. Tels sont les changements de timbre et de tonalité que subit la voix dans les affections suivantes. Elle est altérée dans la pharyngite tonsillaire, comme si le malade avait dans la gorge un corps volumineux, et parfois elle est en même temps nasonnée; elle est modifiée dans son timbre, sa tonalité et sa puissance, suivant N. Guéneau de Mussy, dans la pharyngite granuleuse; elle est grave dans le coryza; aiguë et parfois même un peu chevrotante (Woillez) dans la pleurésie avec épanchement; *nasonnée* dans la *paralysie du voile du palais*, et avec les *calculs* de cet organe; entrecoupée et expirée avec peine dans la *paralysie du diaphragme*. Ces particularités montrent l'intérêt qu'il y aurait à étudier plus complétement qu'on ne l'a fait jusqu'ici les modifications du timbre et de la tonalité de la voix articulée dans les maladies. L'examen laryngoscopique peut éclairer sur l'existence ou l'absence d'une lésion laryngienne expliquant l'aphonie, ou révéler un anévrysme de l'aorte altérant la voix.

La *voix thoracique* est celle qui résonne dans les cavités aériennes sous-glottiques, dont les vibrations y produisent des phénomènes pathologiques utiles au diagnostic, et qui sont perçus par l'auscultation et la palpation. Les premiers de ces phénomènes sont la *bronchophonie*, la *pectoriloquie*, l'*égophonie*, la *voix soufflée*, et le *bourdonnement amphorique* de la voix. Les phénomènes constatés par la palpation sont les modifications que subissent les vibrations des parois thoraciques pendant l'exercice de la parole.

La *bronchophonie*, qui résulte de la condensation du tissu pulmonaire par infiltration, compression ou induration, est presque toujours un signe complémentaire de la respiration bronchique ou soufflante. Tantôt il semble que la voix du malade, devenue bourdonnante et diffuse, se passe dans le voisinage de l'oreille de l'explorateur, comme dans la congestion pulmonaire, la compression des poumons par des tumeurs, etc.; tantôt elle a un timbre moins moelleux, comme *métallique* (pneumonie), et il n'est pas rare, dans ce dernier cas, de voir coïncider avec la bronchophonie un *souffle articulé*, à chaque mot prononcé, et semblable au souffle de la respiration. Ce phénomène de la voix, qui est bronchique et soufflant à la fois, n'a pas suffisamment fixé l'attention des observateurs : je l'ai plusieurs fois constaté dans la pneumonie et dans la pleurésie avec épanchement.

La *pectoriloquie*, signalée par Laennec comme signe de cavernes pulmonaires, semble se passer, en effet, dans des cavités plus vastes que la bronchophonie, et c'est à tort que Skoda n'a pas tenu compte de cette distinction sous le prétexte que la bronchophonie et la pectoriloquie sont réunies par des nuances intermédiaires insaisissables (*Voy.* p. 184). La pectoriloquie n'est pas constante dans les cas de cavernes.

L'*égophonie*, par son caractère chevrotant et caractéristique, est, quoi qu'on en ait dit, un très-bon signe d'*épanchement pleurétique*. Ses caractères, joints à ceux de la bronchophonie, sont dénommés *broncho-égophonie*.

J'ai appelé *voix soufflée* une variété de la voix thoracique consistant en saccades soufflées, se produisant sous l'oreille de l'observateur immédiatement *après* chaque articulation vocale. Cette voix soufflée n'est pas un écho de la voix glottique; car elle a d'abord un autre caractère, puisque c'est un simple souffle, et puis il y a, entre l'articulation glottique et le souffle qui la suit un intervalle très-sensible qui n'existerait pas s'il y avait retentissement comme dans la bronchophonie. L'interprétation physique en est difficile. On la rencontre fréquemment dans la pneumonie, la pleurésie, les tubercules crus, avec de vastes cavernes, avec la gangrène du poumon, la congestion pulmonaire, etc., sans qu'elle en soit un signe constant (*Soc. méd. des Hôpit.*, et *Union méd.* 1864).

Quant au *bourdonnement amphorique* de la voix, qui se constate quelquefois dans le *pneumo-thorax* et dans les vastes *cavernes tuberculeuses*, il a des caractères qui sont toujours faciles à reconnaître, comme se passant dans une vaste cavité.

Non-seulement la voix du malade produit ces phénomènes d'auscultation, mais encore celle de l'observateur lui-même lorsqu'il ausculte et parle en même temps : c'est l'*autophonie*, décrite comme un nouveau mode d'auscultation par Hourmann (*Revue médicale*, 1839), et dont le principe avait été signalé auparavant par Bricheteau et Taupin. Mais l'expérience a démontré que ce mode d'auscultation avait une utilité très-restreinte.

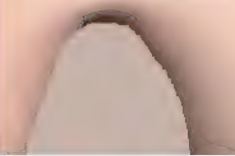
Quant à la constatation des *vibrations thoraciques* par la palpation, ou plutôt par l'application de la main, pendant que le malade parle, elle a été bien étudiée par Monneret (*Revue méd.-chirurg.*, 1848). Ces vibrations sont augmentées dans la *pneumonie*, dans la *congestion* et l'*œdème pulmonaire*, les les *tubercules crus* (réunis ou disséminés), et dans les pleurésies avec adhérences et sans épanchement. Elles sont diminuées au contraire dans l'*épanchement pleural*, le *pneumo-thorax*, l'*emphysème*, et les *excavations pulmonaires* (?).

VOLVULUS. — *Voy.* Occlusions intestinales.

VOMISSEMENT. — L'expulsion par la bouche des matières diverses contenues dans l'œsophage ou dans l'estomac constitue le vomissement ou les vomituritions.

1° *Caractères.* — Le vomissement est précédé souvent de nausées, de dégoût, de gêne à l'épigastre, de malaise indéfinissable, puis surviennent les contractions musculaires plus ou moins violentes de l'abdomen, qui expulsent le contenu de l'estomac. D'autres fois l'expulsion a lieu sans efforts, avec ou sans prodromes, et peut constituer de simples vomituritions. — Le vomissement peut être facile ou difficile, et dans ce dernier cas, les efforts étant multipliés et le résultat se faisant attendre, il en résulte une anxiété très-pénible, parfois des syncopes, et même des convulsions. — Le retour des vomissements est plus ou moins répété, et sa fréquence très-variable. Ils se montrent accidentellement ou bien d'une manière suivie, tantôt assez régulièrement tous les matins, tantôt immédiatement après les repas, ou plusieurs heures après l'ingestion des aliments.

C'est principalement par les matières vomies que les vomissements diffèrent. Ce sont de simples *mucosités filantes* incolores, ou mélangées de bile et de matières saburrales; des *aliments* plus ou moins digérés, très-acides s'ils sont



séjourné quelque temps dans l'estomac, ou ayant l'odeur modifiée des substances ou des liquides ingérés; des *matières fécales;* des *matières noires* ou *brunes* qui peuvent être des aliments particuliers, du sang altéré et parfois un végétal parasite (*sarcine*) que le microscope fait facilement reconnaître; enfin du *sang pur*, du *pus* en plus ou moins grande abondance suivant l'étendue du foyer qui le fournit, et parfois des *lombrics*, ou des *hydatides* provenant d'une tumeur de ce genre ouverte dans l'estomac.

2° *Conditions organiques et signification.* — Le vomissement peut se produire dans l'état de santé, à la vue d'un objet qui inspire un profond dégoût; mais c'est surtout comme symptôme de maladie réelle que se montre le vomissement.

Il y a d'abord à distinguer les faits dans lesquels il existe, en outre du vomissement, un ensemble de signes caractéristiques qui font que ce phénomène a une signification bien évidente : tels sont par exemple le *cancer de l'œsophage*, celui de l'*estomac*, l'*œsophagite*, l'*indigestion*, l'*embarras gastrique*, la *gastrite*, la *péritonite*, les *hernies*, l'*hépatite*, la *splénite*, la *néphrite*, la *cystite* aiguë, une *ascite* considérable, la *coqueluche*, la *grippe*, ou simplement une toux opiniâtre, la *fièvre bilieuse*, la fièvre *jaune*, la *peste*, le *choléra*, les *coliques* saturnine, hépatique, néphrétique, l'intoxication par le *sulfure de carbone*, le *mal de mer*, certaines *névralgies* dorso-intercostales, la *migraine*, la *méningite*.

Mais les vomissements dont l'interprétation est le plus difficile sont ceux qui se montrent d'emblée sans signes concomitants ou du moins sans signes qui suffisent pour éclairer immédiatement le diagnostic.

Certaines maladies intra-crâniennes se révèlent principalement par des vomissements dont on ne peut que par voie d'exclusion soupçonner l'origine, comme la *méningite* chez les enfants, ou certaines *tumeurs* cérébrales. La *dentition* produit également des vomissements qu'on pourrait sans attention attribuer à toute autre cause. — Au début des *maladies aiguës fébriles*, principalement des fièvres éruptives dans l'enfance, les vomissements peuvent donner lieu à des méprises regrettables. Les vomiturilions de matières glaireuses le matin sont quelquefois un des premiers signes du CANCER *stomacal.* Le vomissement se montre encore comme signe principal au début de la *grossesse;* dans la DYSPEPSIE acide; dans l'*ulcère simple de l'estomac*, où il est caractérisé par la couleur brune, noire, ou sanguinolente des matières vomies, de même que dans le cancer. Il révèle l'*hématémèse* dans les conditions variées où cette hémorrhagie se produit. Presque tous les *empoisonnements* s'accompagnent de vomissements qui en sont souvent le premier signe. Il en est de même pour les *occlusions intestinales*, dans lesquelles les vomissements stercoraux mettent bientôt sur la voie du diagnostic. Des faits de méprise facile sont ceux de vomissements dus à des *entozoaires* intestinaux, à la *glycosurie*, à l'*ostéomalacie*, à l'emploi trop prolongé, à un moment donné, de l'*électrisation localisée* par suite de l'excitation trop grande de la sensibilité.

Le vomissement ou les vomituritions qui accompagnent une dysphagie habituelle, dont le siége est plus profond que le pharynx, doivent faire soupçonner une affection de l'œsophage. Middeldorpff a vu un polype implanté dans ce conduit près du larynx venir faire saillie dans la bouche à la suite d'un vomissement. Quand il y a obstruction et arrêt des aliments dans l'œsophage, ils sont rendus presque en nature. Racle les a vus former une masse comme argileuse qui était expulsée par les vomissements hors d'une poche accidentelle occupant le médiastin; cette poche communiquait avec l'œsophage par une perforation



les derniers jours, souvent après plusieurs semaines ou
s'accélère; il survient de la chaleur, la langue est rouge
et, au bout de quelques jours, apparaissent du délire et
qui sont suivis de mort. — Cette dernière période manq
de guérison.

La cause la plus ordinaire de ces vomissements est
relle, soit avec *enclavement de l'utérus* en rétroversion
(*Voy.* p. 469), soit avec une *antéversion* (Braün, d
encore les vomissements rebelles dans la convalescenc
observés aussi au déclin de la fièvre typhoïde, où ils on
l'usage du vin de quinquina. On a cru devoir les rapp
l'influence d'un logement insalubre et d'une nourritu
femme dont la grossesse est d'abord reconnue, on devra
Guéniot (*Des vomiss. incoërcibles pendant la grossess*
rechercher avec soin les causes accessoires qui pourrai
sements : une hernie méconnue d'abord, par exemple
épigastriques, parfois si petites ; une affection cancéreu
un ténia, une maladie de Bright.

C'est surtout dans les cas de grossesse que ces vom
ritent la qualification d'*incoërcibles*, car ils résistent o
tement, à moins que l'on ne fasse cesser l'enclaveme
l'utérus lorsqu'il existe, ou bien qu'il ne survienne ou
l'avortement : question très-grave de pratique qui a ét
de médecine (*Bull. de l'Acad.*, 1851-1852, t. XVII).

VOUSSURE. — *Voy.* INSPECTION.

VUE. — *Voy.* AMAUROSE, HÉMÉRALOPIE, ŒIL.

VULVE. — VULVITE. — Les maladies de la v
stater. Ce sont : les différentes espèces de *vulvite ;* la *di*
GANGRÈNE qui affecte particulièrement les enfants affai
n'est qu'une variété de la névralgie lombo-abdominal
comme idiopathique ou symptomatique, ce dernier s



